

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

SILVIA FERRAZZO

**TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA
BIOÉTICA: UM ESTUDO DE CASO**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

SILVIA FERRAZZO

**TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA
BIOÉTICA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem/Dilemas Bioéticos e Responsabilidade Profissional no Cuidado à Saúde.

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferrazzo, Sílvia

TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA: UM
ESTUDO DE CASO / Sílvia Ferrazzo ; orientadora, Mara
Ambrosina de Oliveira Vargas - Florianópolis, SC, 2014.
133 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Transplante hepático. 3. Equipe
Interdisciplinar de saúde. 4. Bioética. 5. Políticas
públicas de saúde. I. Ambrosina de Oliveira Vargas, Mara.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

SILVIA FERRAZZO

**TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA
BIOÉTICA: UM ESTUDO DE CASO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 02 de outubro de 2014, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e
Trabalho em Enfermagem



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

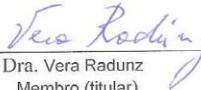
Banca Examinadora:



Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Presidente



Dra. Francine Lima Gelbecke
Membro (titular)



Dra. Vera Radunz
Membro (titular)



Dra. Karina Silveira de Almeida
Hammerschmidt
Membro (titular)

DEDICATÓRIA

À minha família, com amor, dedico esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos aos anjos que eram meus alunos imaginários em minha brincadeira de criança preferida, ser professora.

À minha família, meu pai Sérgio, minha mãe Liduvina, minha irmã Camila, meu cunhado Volnei e meu amado afilhado Bernardo que já faz parte deste sólido alicerce de amor, confiança e apoio que possuo. Sem vocês minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica não seria possível.

À minha professora, orientadora e amiga Mara Vargas pela confiança depositada e incentivo nos momentos mais difíceis da graduação e pós-graduação.

Às minhas amigas Cíntia Junkes, Monique Senna e Livia Drago pelo apoio e parceria nas atividades do período que atuei como professora substituta. Fomos mais que colegas, nos tornamos amigas, compartilhando momentos de alegrias e tristezas.

À minha amiga Diana Coelho Gomes, agradeço pelos abraços nas comemorações de conquistas e pela força e cuidado nos momentos difíceis que permearam este período...e pelas teorias que criamos à beira do mar do Campeche...carregarei cada ensinamento pelo resto de meus dias!

Às professoras do departamento de enfermagem Vera Radunz, Denise Guerreiro, Marta Lenise do Prado, Francine Gelbcke e Kenya Reibnitz pelo acolhimento desta gauchinha como facilitadora da disciplina de Fundamentos de Enfermagem, onde pude aprender e encantar-me pelo mundo da docência através de seus exemplos de sabedoria e dedicação pela profissão que exercem.

Por fim, sou grata a Universidade Federal de Santa Catarina por me oportunizar viver um período profissional único, como professora substituta, e o mais especial momento acadêmico, como mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem.

FERRAZZO, Silvia. **Transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 138p.

RESUMO

O transplante de órgãos e tecidos está consolidado mundialmente como recurso terapêutico utilizado para cura de doenças e melhoria da qualidade de vida em indivíduos acometidos por patologias crônicas. A complexidade do transplante de órgãos e tecidos e as estatísticas atuais que apontam para o sucesso da técnica levantam uma série de aspectos bioéticos envolvendo profissionais de diferentes áreas de atuação. A justificativa deste estudo é a recente estruturação de um serviço direcionado para o atendimento especializado e à pacientes cuja terapêutica indicada é o transplante hepático. O estudo objetivou descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, sul do Brasil e discutir os aspectos bioéticos intrínsecos a um serviço especializado no atendimento a esse tipo de transplante. Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada em um serviço de transplante hepático. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, pela análise documental em prontuários de três pacientes submetidos ao transplante hepático e de fluxos de atendimento de enfermagem, entrevistas semiestruturadas realizadas com 11 profissionais da equipe multiprofissional e observação direta que consistiu em observar o fluxo do atendimento e rotinas do serviço em turnos integrais, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 454.283. A análise de dados foi realizada pela análise de conteúdo temática. Os resultados foram organizados e apresentados em dois manuscritos, o primeiro intitulado “Serviço especializado em transplante hepático em um hospital universitário: um estudo de caso” que se propõe a descrever o fluxo do serviço especializado no atendimento em transplante hepático, em que os resultados revelaram a atuação de uma equipe multiprofissional de forma coesa, com competência reconhecida por pacientes e demais setores da instituição e carências estruturais no serviço para atendimento de pacientes imunossuprimidos. O segundo, intitulado “Serviço de

transplante hepático em um hospital universitário: olhar da bioética social” que discute os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático. O estudo possibilitou melhor compreender a aplicação de uma das políticas públicas mais consolidadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas que suscita a todo o momento questões bioéticas que permeiam desde a decisão pela doação de órgãos até os aspectos legais e financeiros da terapêutica. E ainda, evidenciou que há espaço para pesquisas que articulem a política de transplante de órgãos à bioética social pois essa aproximação entre as temáticas acende questionamentos relacionados ao direito ao bem estar da população brasileira considerando a saúde como uma das dimensões que promovem qualidade de vida. Para os profissionais que atuam no serviço, o estudo apresentou e reconheceu os esforços despendidos por todos para tornar esse atendimento uma realidade para a população que é referenciada ao serviço de gastroenterologia deste hospital e assim, não necessita deslocar-se para outras cidades ou estados para obter a terapêutica com o êxito esperado na resolução de doenças.

Palavras-chave: Transplante hepático. Equipe Interdisciplinar de saúde. Estudo de Caso. Bioética. Políticas públicas de saúde.

FERRAZZO, Silvia. **Liver transplantation in the perspective of bioethics: a case study.** Thesis (Masters in Nursing). Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 138p.

ABSTRACT

The transplantation of organs and tissues are consolidated worldwide as a treatment method used for curing diseases and improving the quality of life for individuals affected by chronic diseases. The complexity of the transplantation of organs and tissues and current statistics that point to the success of the technique raises a number of bioethical issues involving professionals from different fields. The rationale of this study is to structure a recent directed to specialized care and service to patients in whom therapy is indicated for liver transplantation. The study aimed to describe the flow of a specialized service to care for liver transplant at the University Hospital in the state of Santa Catarina, southern Brazil and discuss intrinsic to a service specializing in serving this type of transplant bioethical issues. Qualitative research, case study, performed in a liver transplantation center. Data collection occurred from November 2013 to February 2014 by the documentary analysis of the records of three patients undergoing liver transplantation and flows of nursing care, semistructured interviews with 11 professionals and direct observation multidisciplinary team consisting to observe the flow of care and service routines in whole shift, after approval by the Research Ethics Committee under number 454 283. Data analysis was performed by analysis of thematic content. The results were organized and presented in two manuscripts, the first titled "Service specializes in liver transplantation in a university hospital: a case study" that purports to describe the flow of service specializing in the care in liver transplantation, in which the results revealed the work of a multidisciplinary team in a cohesive manner, with competence recognized by patients and other sectors of the institution and structural deficiencies in care service for immunosuppressed patients. The second, entitled "Service of liver transplantation in a university hospital: look at the social bioethics" that discusses the inherent bioethical aspects of a service specializing in the care of liver transplant. This study enabled us to better understand the application of one of the most consolidated in developed and developing countries, but it raises all the time bioethical issues that permeate from the decision to donate organs to the legal and

financial aspects of treatment policy. And also highlighted that there is room for research that articulate political organ transplantation social bioethics because this approach lights between thematic questions related to the right to the welfare of the population considering health as one of the dimensions that promote quality of life. For professionals working in the service, the study presented and recognized the efforts made by all to make this service a reality for the population that is referred to the gastroenterology service of this hospital and so does not need to move to other cities or states to therapy obtain the expected success in resolving disease.

Keywords: Liver transplantation. Multidisciplinary team. Service flow. Bioethics. Social bioethics.

FERRAZZO, Silvia. **Trasplante de hígado en la perspectiva de la bioética: un estudio de caso.** Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 138p.

RESUMEN

El trasplante de órganos y tejidos se consolidan en todo el mundo como un método de tratamiento utilizado para curar enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas. La complejidad del trasplante de órganos y tejidos y las estadísticas actuales que apuntan hacia el éxito de la técnica plantea una serie de cuestiones de bioética que involucran a profesionales de diferentes campos. La razón fundamental de este estudio es estructurar una reciente dirigido a la atención especializada y el servicio a los pacientes en los que el tratamiento está indicado para el trasplante de hígado. El estudio tuvo como objetivo describir el flujo de un servicio especializado para el cuidado de trasplante de hígado en el Hospital Universitario, en el estado de Santa Catarina, sur de Brasil y discutir intrínseca a un servicio especializado en el servicio a este tipo de cuestiones de bioética de trasplante. La investigación cualitativa, estudio de caso, realizado en un centro de trasplante de hígado. La recolección de datos ocurrió a partir de noviembre 2013 a febrero 2014 por el análisis documental de los registros de los tres pacientes sometidos a un trasplante de hígado y de los flujos de los cuidados de enfermería, entrevistas semi-estructuradas con 11 profesionales y el equipo multidisciplinario de la observación directa que consisten para observar el flujo de rutinas de cuidado y de servicios en todo cambio, después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación con el número 454 283. El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido temático. Los resultados fueron organizados y presentados en dos manuscritos, el primero titulado "Servicio especializado en el trasplante hepático en un hospital universitario: un estudio de caso" que pretende describir el flujo de servicio que se especializa en el cuidado en el trasplante de hígado, en el que los resultados revelaron el trabajo de un equipo multidisciplinario de una manera coherente, con reconocida competencia por los pacientes y otros sectores de la institución y las deficiencias estructurales en el servicio de atención a los pacientes inmunodeprimidos. El segundo, titulado "Servicio de trasplante hepático en un hospital universitario: Mira la bioética sociales" que discute los

aspectos bioéticos inherentes de un servicio especializado en el cuidado de trasplante de hígado. Este estudio nos ha permitido comprender mejor la aplicación de uno de los más consolidados en los países desarrollados y en desarrollo, sino que plantea todas las cuestiones de bioética de tiempo que impregnan de la decisión de donar órganos a los aspectos legales y financieros de la política de tratamiento. Y también destacó que hay espacio para la investigación que se articulan de trasplante de órganos bioética sociales políticos porque este enfoque luce entre las preguntas temáticas relacionadas con el derecho al bienestar de la población teniendo en cuenta la salud como una de las dimensiones que promueven la calidad de vida. Para los profesionales que trabajan en el servicio, el estudio presentado y reconoció los esfuerzos realizados por todos para hacer de este servicio una realidad para la población que se refiere al servicio de gastroenterología de este hospital y así no tiene que trasladarse a otras ciudades o estados a terapia de obtener el éxito esperado en la resolución de la enfermedad.

Palabras clave: Trasplante de Hígado. Equipo multidisciplinar. Flujo de servicio. Bioética. Bioética Sociales.

LISTA DE SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes
APH	Adicional plantão hora
CNCDOs	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CIHCOT	Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos
COFEN	Conselho Federal em Enfermagem
DML	Departamento Médico Legal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
IMC	Índice de Massa Corporal
MELD	Model for End- Stage Liver Disease
OPOs	Organizações de Procura de Órgãos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PELD	Pediatric End-Stage Liver Disease
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SPOT	Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 TRANSPLANTE HEPÁTICO	29
2.2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ASPECTOS LEGAIS E ESTRUTURAIS	31
2.2.1 Lei nº 9.434/1997	32
2.2.2 Lei nº 10.211/2001	32
2.2.3 Sistema Nacional de Transplantes	33
2.2.4 Estrutura dos Hospitais Transplantadores	35
2.2.5 Estrutura dos Hospitais que executam Transplante Hepático	35
2.2.6 Equipes Transplantadoras	36
2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A ESTRUTURA INSTITUCIONAL NA REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO	39
2.4 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E A BIOÉTICA SOCIAL	41
3 MÉTODO	45
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	45
3.2 LOCAL DE ESTUDO	46
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	47
3.4 COLETA DE DADOS	47
3.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	50
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 MANUSCRITO 1 - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO DE CASO	55
4.2 MANUSCRITO 2 - SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97

REFERÊNCIAS..... 100

APÊNDICES 109

ANEXOS..... 127

1 INTRODUÇÃO

Certamente, o tema transplante de órgãos tem características que o diferenciam de qualquer outra questão de saúde, pois agrega a temática da noção de finitude das pessoas e a discussão da relação das pessoas com o corpo após a morte (ROZA *et al.*, 2010).

Atualmente, o transplante de fígado é reconhecido como uma modalidade terapêutica estabelecida para tratar doenças hepáticas crônicas ou agudas. A isso, atribui-se o fato do crescente aumento do número de centros de transplante de órgãos, o que movimenta pacientes de hospitais distantes que necessitam ser submetidos ao procedimento (SMELTZER *et al.*, 2013).

A trajetória do paciente, desde entrar na lista de espera por um órgão até realizar o transplante, é permeada por um processo de questionamentos e avaliações clínicas, físicas, comportamentais e culturais. Esse período necessita de envolvimento dos familiares, de um doador compatível e que a família concorde em doar órgãos. Além disso, ele enfrenta uma longa cirurgia, um pós-operatório complexo, o fantasma do risco de rejeição do órgão, a alteração na rotina de vida com uso contínuo de medicações e controles médicos frequentes (SENA *et al.*, 2012).

A função hepática é complexa e sua disfunção afeta todos os sistemas orgânicos. O fígado é a maior glândula do corpo humano e pode ser considerada uma fábrica química que produz, estoca, altera e excreta um grande número de substâncias envolvidas no metabolismo. As indicações para o transplante hepático incluem a doença hepática crônica avançada e irreversível, a insuficiência hepática fulminante, as doenças hepáticas metabólicas e as malignidades hepáticas, as quais muitas vezes necessitam da remoção completa do fígado (SMELTZER *et al.*, 2009).

Uma das indicações para o transplante é a hepatopatia alcoólica, entretanto, a Portaria GM/MS nº 541 de 14 de março de 2002, estipula que os pacientes com histórico de alcoolismo somente serão cadastrados na fila para o transplante hepático se estiverem em abstinência alcoólica há pelo menos seis meses (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, os critérios utilizados para distribuição dos órgãos são por ordem: tipagem sanguínea, peso do doador e do receptor e o sistema MELD, cuja sigla diz respeito ao *Model for End-Stage Liver Disease*/Modelo para Doença Hepática Terminal (SENA *et al.*, 2012). O sistema MELD é um índice baseado na gravidade da doença e

corresponde a um valor numérico que varia de 6 a 40, e demonstra quão urgente o paciente necessita do transplante. Os pacientes mais graves apresentam MELDs mais elevados, e serão priorizados na alocação dos enxertos hepáticos (HSL, 2012).

O sistema MELD foi adotado nos Estados Unidos para alocar os órgãos para transplante de forma mais adequada, ao perceberem a alta mortalidade dos candidatos na lista para transplante hepático. Após um intenso e longo debate, a alocação de fígados no Brasil foi modificada e, desde 16 de julho de 2006 a alocação é baseada nos pacientes e a prioridade foi alterada para um sistema fundamentado no MELD (SALVALAGGIO *et al.*, 2012). E, semelhante ao MELD, as crianças candidatas ao transplante (<18 anos) são listadas respeitando o sistema *Pediatric End-Stage Liver Disease* (PELD) (HSL, 2012).

O transplante de fígado pode ser realizado a partir de órgão de doador em morte encefálica ou de doador vivo. Em relação à avaliação do fígado do doador, é considerado bom aquele órgão se o paciente não morreu por acometimento do fígado.

A maior inovação dos últimos anos no campo do transplante de fígado, mas um procedimento difícil de ser realizado é a técnica de dividir um órgão para beneficiar duas pessoas que, em geral, a menor parte vai para uma criança e a maior fica com um adulto. E, os avanços na área cirúrgica permitiram diminuir o sofrimento das pessoas que se submetem ao transplante hepático. Há vinte anos, a cirurgia durava de dezessete a vinte e quatro horas e atualmente, leva em média cinco horas. Ainda, o tempo de recuperação pós-operatória caiu pela metade, de trinta dias para duas semanas ou dez dias, em alguns casos (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

A consolidação do sucesso do transplante hepático se dá pela qualidade e expectativa de vida alcançada pelas pessoas submetidas à técnica que, na maioria dos casos, consegue ter uma vida normal. Se o paciente ultrapassar o primeiro ano pós transplante de fígado, a chance de ele viver os próximos vinte, com qualidade de vida, é maior do que em qualquer outro tipo de transplante (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

No que se refere à história, o transplante de fígado foi realizado pela primeira vez em 1955, ainda em animais de experimentação. Em 1963, foi descrita a primeira tentativa em humanos, mas sem sucesso. O primeiro relato de sobrevida prolongada em humanos data de 1967, pela mesma equipe. Dentre os fatores que influenciaram na evolução do sucesso do procedimento pode-se citar o aparecimento de drogas imunossupressoras como a ciclosporina, que é considerada o maior

marco de melhora de sobrevida. Além disso, o desenvolvimento de soluções de preservação, a descoberta de antimicrobianos potentes e a evolução da técnica operatória e das unidades de terapia intensiva, contribuíram para a contínua melhoria dos resultados. Em 1985, foi realizado no Brasil o primeiro transplante de fígado com sucesso da América latina no Hospital das Clínicas pela equipe da Unidade de Fígado na cidade de São Paulo. Em 1988, o mesmo grupo descreveu o primeiro transplante inter vivos empregando doador vivo relacionado (MIES *et al.*, 2005).

Estudos (VINCENT; LOGAN, 2012; O'CARROLL *et al.*, 2012; ANTONMARRIA *et al.*, 2013; ZIVCIC *et al.*, 2013; ILTIS *et al.*, 2010) sinalizam que, nos últimos anos, no cenário internacional, há grande destaque para situação das longas filas à espera de um órgão para transplante e que, esforços são realizados na busca do aumento da demanda de órgãos para suprir a necessidade dos sistemas de saúde.

Evidenciam ainda, que a tomada de decisão para a doação de órgãos e tecidos está incorporada nos processos de família e suas negociações e, nesse sentido, é ressaltada a responsabilidade profissional no momento de orientá-las acerca dos riscos da doação, quando em vida, bem como os riscos a que o receptor do enxerto está exposto (KNIBBE; VERKERK, 2010; CAOCCI *et al.*, 2011; STUTCHFIELD; WIGMORE, 2011). E para tal, os autores destacam a importância da aproximação dos profissionais envolvidos nesse processo em relação à temática da bioética.

Importantes estudos versam ainda acerca da prática da doação e transplantes em países cujas políticas públicas ainda são pouco consolidadas, permitindo que pessoas se beneficiem de órgãos desses países, em sua maioria, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. E nesse sentido, existe a discussão da suposta obrigatoriedade da doação por parte de condenados por crimes (TESTA; ANGELOS, 2010; RHODES; SCHIANO, 2010).

No Brasil, o sistema público de saúde oferece acesso gratuito e irrestrito a serviços de saúde para toda a população que necessita de transplante de órgãos e tecidos (SALVALAGGIO *et al.*, 2012). O país possui um dos maiores programas públicos de transplante do mundo com uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e nº 10.211/2001 (DALBEM; CAREGNATO, 2010), que traz como diretrizes a “gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos” (LIMA *et al.*, 2007, p. 285). Conta com 548 estabelecimentos de saúde e 1376

equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, sendo que o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes, em 25 estados do país (BRASIL, 2013).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes (2012), o Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes realizados por ano e destes, mais de 90% ocorrem pelo Sistema Único de Saúde. Por sua vez, Santa Catarina ocupa lugar de destaque no cenário nacional tendo sido em 2011 o estado brasileiro que obteve o melhor índice de doadores efetivos de órgãos por milhão de população. Esta situação permitiu que o estado atingisse uma marca histórica no Brasil sendo considerado o primeiro a ultrapassar os 25 doadores por milhão de população.

No que tange a trajetória de realização de transplantes no estado catarinense, em especial o transplante hepático, o primeiro foi realizado na cidade de Blumenau em agosto de 2002 (HSI, 2012). Em 2014, de janeiro a junho, foram realizados 51 transplantes hepáticos no estado de Santa Catarina que dispõe de três hospitais autorizados a realizar tal procedimento (SANTA CATARINA, 2014).

Estudos recentes acerca dos transplantes no Brasil (FERNANDES; GARCIA, 2010; DALBEM; CAREGNATO, 2010; ROZA *et al.*, 2010; SILVEIRA *et al.*, 2009; ROZA *et al.*, 2009; GOMES, 2007) ressaltam a falta de doadores para atender a demanda existente na população doente cuja terapêutica indicada é o transplante de órgãos, dentre eles, o hepático. Os autores destacam a necessidade de conscientização da população sobre a legislação no sentido de construir uma cultura positiva de doação no país, bem como a de criação de programas que propiciem a captação de órgãos naqueles locais onde os transplantes são desenvolvidos.

Além das dificuldades decorrentes da crescente demanda da população por órgãos para transplantes, persistem problemas estruturais no sistema público de saúde, que também refletem no programa de transplantes, como a falta de equipamentos para realização de exames, profissionais treinados que atestem a morte encefálica e ainda treinamento com grupos para captação e transplante de órgãos nos hospitais coordenadores de transplantes, os quais estão disponíveis em todos os estados (FERNANDES; GARCIA, 2010; GOMES, 2007; ROZA, 2009).

Silva (2013) entrevistou responsáveis por equipes de transplante de fígado em quatro estados brasileiros onde foi ressaltada que o transplante hepático é uma grande máquina para "puxar" uma instituição

para frente e que suas exigências trazem benefícios a todos. Mas, dentre os principais problemas enfrentados pelas equipes, estão a falta de recursos humanos nas áreas de enfermagem, fisioterapia e afins, muito carentes se comparadas aos países do primeiro mundo, e ainda, a remuneração não compatível com a carga de trabalho enfrentada pelos profissionais.

O estímulo à criação de centros transplantadores em regiões desatendidas do Brasil é evidenciado em um estudo, ao demonstrar os resultados dos primeiros vinte transplantes de fígado realizados em um Hospital Universitário (HU) no nordeste do Brasil. Neste, foi apresentada a experiência e enfatizado o aprendizado obtido em um programa incipiente de transplante de fígado desenvolvido em um HU, onde se concluiu ser possível realizar transplantes hepáticos com bons resultados desde que se reúnam as mínimas condições de estrutura física e de recursos humanos (LACERDA *et al.*, 2003).

Deparar-se com a trajetória da ciência acerca da complexidade do procedimento de transplante de órgãos e tecidos e das estatísticas atuais que apontam para o sucesso da técnica na cura de doenças e aumento da qualidade e expectativa de vida das pessoas, remete a um elaborado acervo de aspectos bioéticos envolvendo profissionais de diferentes áreas de atuação de um serviço estruturado com um único objetivo: prestar cuidados a pessoas cuja terapêutica indicada é o transplante de órgãos e tecidos.

No viés de complexidade técnica e orçamentária dos transplantes, é questionado o "direito social" ou "direito humano" à saúde, no sentido das disparidades existentes de investimento em saúde pelo mundo. Enquanto alguns países investem para a população viver mais e melhor, e desta forma continuar economicamente ativa para manter e aumentar suas riquezas, outros vivem em extrema pobreza, com pessoas adoecendo por problemas de ordem sanitária (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2009).

Nesse contexto de discussão, este estudo discorre acerca da temática da bioética no atendimento especializado em transplante hepático, oferecendo como diferencial em relação aos importantes e pertinentes estudos até então realizados no cenário nacional e internacional, a articulação com as políticas públicas nacionais acerca de um recurso terapêutico tão peculiar como o transplante de órgãos e tecidos, em especial o hepático. Cabe ainda destacar a justificativa deste estudo para a compreensão da recente estruturação de um serviço voltado para o atendimento especializado e direcionado ao atendimento

aos pacientes cuja terapêutica indicada é o transplante hepático, em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil.

A aproximação da autora com a temática transplante de órgãos e tecidos surgiu durante a graduação em Enfermagem ao realizar o trabalho de conclusão de curso, cujo objetivo era analisar se a religião interfere na decisão do doador e/ou da família de consentir com a doação de órgãos e com o processo de captação e transplante. A partir deste, seguiram questionamentos acerca do assunto bem como a procura por cursos e leituras que abordassem o tema e o articulassem com a bioética, área de estudo de sua orientadora desde a graduação.

Nesta investigação, a propositiva da autora é adotar uma direção ainda explorada de modo incipiente na área de conhecimento e práticas do transplante de órgãos e tecidos. Ou seja, constitui-se como temática deste estudo a configuração do atendimento especializado ao transplante hepático em um hospital universitário, articulada à perspectiva de análise da bioética.

Assim sendo, apoia-se nos seguintes pressupostos: o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza recursos para os procedimentos de transplantes de órgãos, o que desperta interesse político, econômico e social das instituições de saúde em executar técnicas especializadas com expectativa de alto índice de êxito; as instituições de saúde caracterizadas como hospitais públicos universitários necessitam dispor de um serviço estruturado para captação, doação e transplante de órgãos e tecidos atendendo aos padrões determinados pelo Ministério da Saúde independente da demanda existente; existem questionamentos relacionados à justiça distributiva de recursos frente às políticas voltadas à doação, captação e transplantes de órgãos e outras políticas de saúde pública no país.

Com base no exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Como está configurado o atendimento especializado em transplante hepático em um hospital Universitário da região sul do Brasil?

1.1 OBJETIVOS

- Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.
- Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Após a busca na literatura nacional e internacional, identificou-se que a maior parte dos estudos publicados sobre o transplante hepático aborda aspectos médico-cirúrgicos, terapia imunossupressora e questões éticas relacionadas à doação de órgãos. Estudos focados na articulação entre o transplante hepático e a bioética ainda são incipientes.

Para nortear, *a posteriori*, a discussão dos resultados do estudo, apresenta-se neste capítulo, os aspectos relacionados ao transplante hepático, a legislação que regulamenta o transplante de órgãos e tecidos no Brasil, a abordagem da bioética, em especial, a bioética social, e ainda a articulação entre a temática transplante de órgãos, em especial o transplante hepático, e a bioética, abordada na literatura nos cenários nacional e mundial.

2.1 TRANSPLANTE HEPÁTICO

A função hepática é complexa e sua disfunção afeta todos os sistemas orgânicos. O fígado é a maior glândula do corpo humano e pode ser considerada uma fábrica química que produz, estoca, altera e excreta um grande número de substâncias envolvidas no metabolismo. Dentre suas funções estão os papéis de metabolismo e regulação da glicose, a conversão de amônia em ureia, a sintetização de quase todas as proteínas do plasma, atuação no metabolismo de gorduras, a estocagem de vitaminas, a formação de bile e a metabolização de muitos medicamentos tais como barbitúricos e anfetaminas (SMELTZER *et al.*, 2013).

As indicações para o transplante hepático incluem a doença hepática crônica avançada e irreversível, a insuficiência hepática fulminante, as doenças hepáticas metabólicas e as malignidades hepáticas, onde a ressecção para a cura requer remoção completa do fígado (SMELTZER *et al.*, 2013).

A condição mais frequente que leva ao transplante hepático em adultos e crianças é a cirrose hepática que se dá pelo dano irreversível às células hepáticas. A cirrose ocorre quando a anatomia normal do fígado é substituída por tecido de cicatrização, o que deteriora a função hepática. Destacam-se como condições que levam à cirrose e a consequente necessidade de transplante de fígado a cirrose por hepatite crônica por vírus B ou C, as doenças que comprometem as vias biliares, incluindo a atresia de vias biliares na infância, a doença hepática

alcoólica, a hepatite autoimune, a doença hepática gordurosa não alcoólica, as doenças metabólicas na infância, os tumores hepáticos primários e as hepatites fulminantes causadas por drogas ou vírus (HSL, 2012).

A hepatopatia alcoólica é comumente associada à disfunção hepática, mas de acordo com a Portaria GM/MS Nº 541 de 14 de março de 2002, os pacientes com histórico de alcoolismo somente serão cadastrados na fila para o transplante hepático se estiverem em abstinência alcoólica há pelo menos seis meses (BRASIL, 2012).

O transplante hepático envolve a remoção total do fígado doente e sua substituição por outro saudável seguido da reconstrução anatômica da vasculatura hepática e vias biliares o mais próximo possível do normal (SMELTZER *et al.*, 2013).

O transplante de fígado pode ser realizado a partir de órgão de doador em morte encefálica ou de doador vivo. Em relação à avaliação do fígado do doador, o órgão apto para doação deve ser proveniente de doador que não tenha sido acometido por doenças do fígado. Fatores de recusa do enxerto são sepse e esteatose > 60%, obesos com IMC (índice de massa corporal) >35, isquemia a frio >15 horas ou parada cardiorrespiratória >10 minutos e também, enxertos endurecidos ou com perfusão insatisfatória (SILVA, 2013).

Algumas pessoas podem se beneficiar de um fígado não inteiramente perfeito, pois pouquíssimos órgãos são perfeitos, mas muitos são adequados e podem ser utilizados de maneira bem sucedida em alguns pacientes, como por exemplo, a pessoa que é infectada pelo vírus da hepatite C, mas não tem a doença instalada no fígado, pode ser um bom doador para um paciente com cirrose hepática causada pelo vírus da hepatite C. Mesmo que o receptor contamine o fígado transplantado, ainda assim poderá viver muito bem entre dez e vinte anos sem comprometimento do novo órgão (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

A maior inovação dos últimos anos no campo do transplante de fígado, mas um procedimento difícil de ser realizado é a técnica de dividir um órgão para beneficiar duas pessoas que, em geral, a menor parte vai para uma criança e a maior fica com um adulto. Ainda, os avanços na área cirúrgica permitiram diminuir o sofrimento das pessoas que se submetem ao transplante hepático. Há vinte anos, a cirurgia durava de dezessete a vinte e quatro horas e atualmente, leva em média cinco horas. E ainda, o tempo de recuperação pós-operatória caiu pela

metade, de trinta dias para duas semanas ou dez dias, em alguns casos (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

Os critérios utilizados para distribuição dos órgãos são por ordem: tipagem sanguínea, peso do doador e do receptor e o sistema MELD, cuja sigla diz respeito ao *Model for End-Stage Liver Disease*/Modelo para Doença hepática terminal (SENA et al., 2012). O sistema MELD é um índice baseado na gravidade da doença e corresponde a um valor numérico que varia de 6 a 40, e demonstra quão urgente o paciente necessita do transplante. Os pacientes mais graves apresentam MELDs mais elevados, e serão priorizados na alocação dos enxertos hepáticos (HSL, 2012).

O sistema MELD surgiu nos Estados Unidos para alocar os órgãos para transplante de forma mais adequada, ao perceberem a alta mortalidade dos candidatos na lista para transplante hepático. Após um intenso e longo debate, a alocação de fígados no Brasil foi modificada. Atualmente a alocação é baseada nos pacientes e a prioridade foi modificada para um sistema fundamentado no MELD e no PELD *Pediatric End-Stage Liver Disease*, desde 16 de julho de 2006 (SALVALAGGIO et al., 2012). E, semelhante ao MELD, as crianças candidatas ao transplante (<18 anos) são listadas respeitando o sistema PELD (HSL, 2012).

No que se refere aos custos implicados no transplante hepático, destaca-se um maior gasto com equipe profissional, seguido pelas diárias e medicamentos. Dentre os itens mais onerosos encontram-se a solução de preservação hepática, os antibióticos de largo espectro e os imunossupressores (PORTELA et al., 2010).

2.2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ASPECTOS LEGAIS E ESTRUTURAIS

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos está fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e nº 10.211/2001. A política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS) com a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do estado, cabendo ao poder público dispor sobre as políticas de saúde e o compromisso de regular, fiscalizar e controlar um conjunto de ações e serviços de saúde disponibilizados aos cidadãos brasileiros. Estabelece ainda, garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede

assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições (BRASIL, 2013).

2.2.1 Lei nº 9.434/1997

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. E, em relação ao consentimento para doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo, para finalidade de transplante, nos termos desta lei, salvo manifestação contrária, por escrito, todo brasileiro seria um doador. A doação presumida foi vetada conforme dispõe a Lei nº 10.211/2001.

Essa Lei permite a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento desde que devidamente consentido (BRASIL, 1997a).

Também determina que a realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997a).

A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinadas ao transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. É admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica (BRASIL, 1997a).

2.2.2 Lei nº 10.211/2001

Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Essa lei entrou em vigor principalmente para vetar o consentimento presumido do doador. A partir de 22 de dezembro de 2000, perderam a validade as manifestações de vontade relativas à retirada "*post mortem*" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação (BRASIL, 2001).

Assim sendo, a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, fica

condicionada à autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas, presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

Também prevê a doação em vida, na qual é permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial. Só é permitida a doação referida quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco. A determinação não se aplica à medula óssea (BRASIL, 2001).

No que diz respeito ao consentimento do receptor do órgão, o transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. Mas admite que nos casos de incapacidade do receptor ou por más condições de sua saúde, o consentimento será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, através de ordem judicial (BRASIL, 2001).

2.2.3 Sistema Nacional de Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes - SNT - regulamenta e coordena o maior programa público de transplantes do mundo (PESTANA *et al.*, 2012).

O SNT, regulamentado pelo Decreto nº 2.268/1997 é responsável pelo processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas. Integram o SNT: o Ministério da Saúde; as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes; as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes; os estabelecimentos hospitalares autorizados; a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes (BRASIL, 1997b).

O SNT credencia equipes e hospitais para a realização de transplantes, definindo financiamento e portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes submetidos ao transplante (PESTANA *et al.*, 2012).

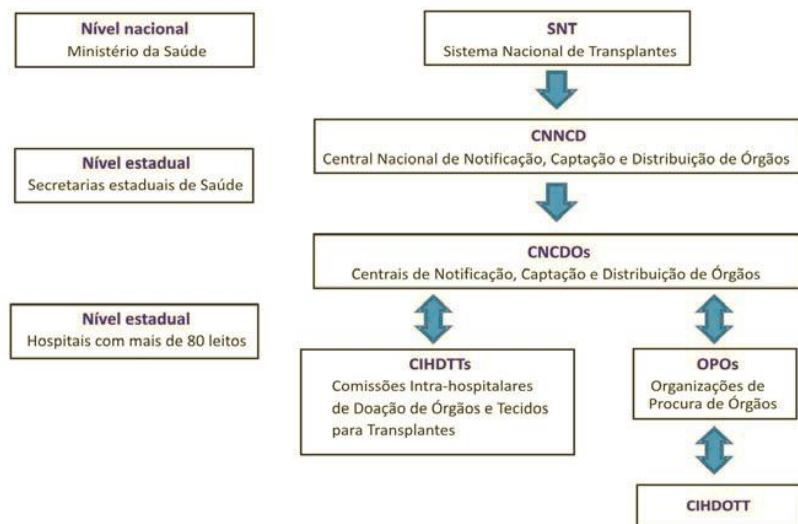
São unidades executivas do SNT as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, presentes nas secretarias de saúde dos 27 estados da federação, que detém, dentre outras incumbências, a de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual; promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite (BRASIL, 1997b).

As secretarias estaduais podem criar Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), também chamadas de Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT). O intuito é regionalizar a captação em estados com população elevada ou território geográfico extenso (PESTANA *et al.*, 2012).

Ainda com foco no processo de captação de órgãos, foi determinado pela Portaria Ministerial nº 1752/2005, que todos os hospitais com mais de 80 leitos devem dispor de Comissões Intra-hospitalares de Doação de órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Tais comissões se direcionam a detecção pró-ativa de potenciais doadores (PESTANA *et al.*, 2012).

O esquema a seguir representa como está organizado o Sistema Nacional de Transplantes no Brasil.

Figura 1 – Organização do Sistema Nacional de Transplantes no Brasil



Fonte: PESTANA *et al.*, 2012.

2.2.4 Estrutura dos Hospitais Transplantadores

A captação de tecidos, órgãos e partes destes para doação e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde. O Decreto nº 2.268/1997 estabelece quesitos para autorização dos estabelecimentos e equipes especializadas realizarem transplantes de órgãos e tecidos (BRASIL, 1997b).

Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de captação e transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, entre eles:

- Equipes especializadas de captação e transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas conforme este Decreto;
- Disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;
- Condições necessárias de ambientação e de infraestrutura operacional;
- Capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;
- Instrumental e equipamentos indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se proponha (BRASIL, 1997b).

2.2.5 Estrutura dos Hospitais que executam Transplante Hepático

Segundo a Portaria GM nº 3407/1998, para a realização de transplante de fígado, o estabelecimento deverá dispor de:

- Equipe de anestesia com experiência em transplante de fígado e no atendimento de pacientes com insuficiência hepática;
- Enfermeiros com experiência comprovada com transplantes hepáticos;
- Laboratório de análises clínicas com capacidade de realizar provas para diagnóstico diferencial de afecções hepáticas;

- Banco de sangue com capacidade de atender à necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados, inclusive por sistema de aférese;
- Sistema de infusão de sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto;
- Sistema de monitorização da coagulação sanguínea;
- Sistema de infusão controlada e aquecida de fluidos;
- Sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas;
- Serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas vascular e de vias biliares;
- Sistema de hemodiálise, incluindo hemofiltração;
- Serviço de endoscopia;
- Serviço de ultra-sonografia com medidor direcional de vazão (Doppler colorido);
- Serviço de tomografia computadorizada (BRASIL, 1998).

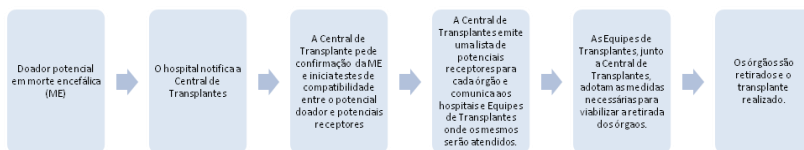
A Portaria destaca ainda que poderão ser utilizados serviços terceirizados, para quaisquer tipos de transplante, mediante instrumento formal com o estabelecimento de saúde, desde que os referidos encontrem-se disponíveis durante as vinte e quatro horas do dia, são eles:

- Laboratório de patologia clínica; anatomia patológica com condições, no caso de transplantes da Classe II; laboratório de interpretação de biópsias de órgãos implantados; laboratório de análise; banco de tecidos ósteo-condro-fásquio-ligamentosos; banco de pele; laboratório acreditado em histocompatibilidade; radioterapia com condições de irradiação corporal total (BRASIL, 1998).

2.2.6 Equipes Transplantadoras

Como já mencionado anteriormente, quase a totalidade dos transplantes no Brasil são realizados através do SUS, sendo que o acompanhamento de todos os pacientes, em geral, está vinculado às equipes de transplantes. Também está regulamentado o acompanhamento dos doadores (PESTANA *et al.*, 2012).

O fluxo para a captação de órgãos ocorre da seguinte forma, segundo a Legislação Federal em Saúde:



As equipes transplantadoras são constituídas por profissionais de saúde de diferentes áreas tais como enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, sendo responsáveis pela localização do potencial doador, pela abordagem da família e pela estruturação do procedimento (SILVA *et al.*, 2009).

A equipe de transplante hepático, segundo o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes, deve ser composta de dois médicos clínicos, sendo um deles gastroenterologista com treinamento formal de serviço de hepatologia e transplante hepático; dois cirurgiões com treinamento formal em serviço especializado em transplante de fígado, com duração mínima de um ano; e também, de dois médicos anestesiologistas com experiência de no mínimo três meses em transplante hepático (BRASIL, 2009).

Para melhor compreender como ocorre o trabalho da equipe especializada em captar e transplantar órgãos, é importante esmiuçar como atua a Comissão Intra-hospitalar de Transplante, também conhecida como Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos (CIHCOT). Neste sentido, sinaliza-se que a CIHCOT foi criada a partir da Portaria 905/2000 que regulamentou sua existência em cada hospital do SUS que oferecesse serviços de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e emergência (BRASIL, 2000).

A CIHCOT tem o objetivo de coordenar todo o processo de captação, retirada e até o início dos implantes no receptor. Além disso, foi criada para melhorar a notificação de mortes encefálicas. A equipe é composta por, no mínimo, três profissionais (CIHCOT, 2013).

Quanto às suas atribuições, destacam-se:

- Organizar, no âmbito do hospital, o processo de captação de órgãos; articular-se com as equipes médicas do hospital, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e dos Serviços de Urgência e Emergência, no sentido de identificar potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; articular-se com as equipes encarregadas da verificação da ME; coordenar o processo de abordagem dos familiares dos potenciais doadores identificados; articular-se com os respectivos Institutos Médicos Legais para, quando for o caso, agilizar o

processo de necropsia dos doadores; articular-se com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO - cuja coordenação permita o adequado fluxo de informações; apresentar mensalmente, relatório de atividades à CNCDO (BRASIL, 2000).

Em relação às ações específicas de cada membro integrante da equipe, cabe:

- Ao profissional Coordenador da CIHCOT: Articular-se com todos os segmentos do hospital que participam do processo de captação de órgãos, visando colaboração, eficiência e harmonia; avaliar a viabilidade dos órgãos; responder pela boa atuação durante a entrevista familiar bem como no seu acompanhamento pós-doação; responder pela transparência e ética durante o processo; manter contato permanente com a Central de Transplantes e coordenar a vinda das equipes cirúrgicas de outras cidades; fazer contato com o Departamento Médico Legal (DML) em caso de necropsia; manter a equipe coesa durante todo o processo; responder ao Ministério Público; ser responsável pelo preenchimento de protocolos e documentos; e ainda, resolver os problemas de qualquer natureza que surgirem no processo (CIHCOT, 2013).

- Ao profissional Enfermeiro: Ao identificar o potencial doador, o enfermeiro deve avisar aos demais membros da CIHCOT; acompanhar o desenvolvimento do protocolo de morte encefálica; manter contato estimulante com a equipe de enfermagem; marcar a cirurgia no bloco cirúrgico; e, também, organizar os eventos educativos e de sensibilização promovidos pela CIHCOT (CIHCOT, 2013).

- Ao profissional Enfermeiro de sala de Centro Cirúrgico: Auxiliar os cirurgiões, anestesistas na retirada de órgãos; ser responsável pela entrega do corpo; ser responsável pela organização da escala de funcionários, em número suficiente para o bom andamento do processo de remoção dos órgãos (CIHCOT, 2013).

- Ao profissional Psicólogo: Atendimento à família após o primeiro teste clínico para comprovação de morte encefálica, oferecendo apoio e criando vínculos afetivos; investigação sumária dos familiares, identificando o líder positivo e/ou negativo; participação na entrevista familiar; apoio emocional aos familiares durante o processo de captação e doação de órgãos; apoio emocional dos membros da CIHCOT; acompanhamento familiar no pós-doação (CIHCOT, 2013).

Pestana *et al.* (2012) ressaltam que o desempenho dos estados que se destacam na realização de transplantes no país está diretamente relacionado ao maior incentivo governamental nas diferentes regiões, a

estruturação adequada dos centros transplantadores a ainda, a formação e motivação permanente das equipes envolvidas.

2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E A ESTRUTURA INSTITUCIONAL NA REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO

A realização do Transplante de Fígado em um Hospital no Brasil demonstra, além da complexa estrutura Institucional, a vontade inabalável de pessoas e a riqueza organizacional do nosso Sistema Único de Saúde (SILVA *et al.*, 2009, p.1).

A realização do transplante hepático requer um criterioso acervo tecnológico e estrutural, mas acima de tudo, uma equipe de profissionais de diferentes áreas, com amplo conhecimento da temática e que atuem de forma coesa.

Já no ano de 2000, um estudo (SILVEIRA *et al.*, 2000) afirmava que o transplante hepático tratava-se de um procedimento terapêutico de alta complexidade que exigia esforço e dedicação de um grande número de profissionais e que os integrantes de algumas unidades como centro cirúrgico, UTI e laboratório estariam envolvidos mais profundamente neste atendimento. E ainda, existem inúmeras implicações legais, éticas e econômicas, o que torna fundamental que os integrantes da equipe tragam consigo a clara noção de que, se de um lado os transplantes salvam vidas, do outro há tristeza e dor, por parte da família doadora (SILVEIRA *et al.*, 2000).

Ainda, há mais de dez anos, Ferraz (2002) destacava que o transplante hepático só deveria ser realizado em centros de excelência e por equipes multidisciplinares, altamente qualificadas e treinadas e, principalmente, capacitadas para lidar com pacientes transplantados e portadores de falência hepática e também, que os centros credenciados deveriam estar preparados e dispostos a tratar o paciente candidato ao transplante, tanto no pré como no pós-operatório.

Em 2004, Steiner (2004) trazia o transplante de órgãos como uma terapêutica de massa, sendo parte da rotina cirúrgica das sociedades industrializadas contemporâneas e não mais como uma prática extrema e ainda, na cadeia de doação, transplantar é ao mesmo tempo exaltado como proeza técnica e silenciado por expor as interações entre profissionais e doentes.

No viés da importância do envolvimento dos diferentes profissionais no processo de acompanhamento do paciente em todas as etapas do transplante, a trajetória do paciente, desde entrar na lista de espera por um órgão até realizar o transplante, é permeada de um processo de questionamentos e avaliações clínicas, físicas, comportamentais e culturais (SENA *et al.*, 2012). E ainda, a vida dos pacientes após a realização do transplante sofre implicações com impactos de modificações em seu cotidiano e no de seus familiares (ANDRADE *et al.*, 2012). Nesta direção, aos profissionais que atuam com transplante cabe avaliar o estado de saúde do doente, mensurar os riscos e melhorias possíveis visto que o transplantado está diante de uma decisão que diz respeito a sua identidade pessoal, sua vida e sua morte (STEINER, 2004).

Um claro exemplo da atuação de uma equipe multiprofissional é a consulta pré-transplante. Tem como objetivo verificar a condição do paciente para suportar a cirurgia, o posterior uso de imunossupressor e os cuidados pós-transplante devendo ser avaliados por profissionais da odontologia, nutrição, psicologia, serviço social e anesthesiologista antes da inclusão em lista de espera (SANTOS *et al.*, 2012). Santos e outros (2012) ainda destaca que, durante o tempo em que o paciente está em lista de espera, o mesmo deve comparecer às consultas de rotina com o grupo de transplante para avaliar a sua condição, onde é realizado o recálculo do escore MELD, podendo ocorrer mudança na prioridade de transplante em relação a outros pacientes listados.

Nesse contexto de atuação, Steiner (2004) trazia que em todos os países, o avanço da medicina enfrentava a dificuldade relacionada à falta de órgãos para atender a demanda dos transplantes e ainda, a todo o momento as listas de espera cresciam e um grande número de pessoas morria à espera de um órgão que pudesse prolongar suas vidas. O autor problematizava que estes fatores dominavam o cenário mundial e estariam presentes nas decisões tomadas por instituições e profissionais que se deparavam com situações ambíguas, de um lado um discurso de apelo ao altruísmo ligado à doação de órgãos, de outro, a elaboração de soluções ligadas às formas de comercialização, com o estímulo monetário à cessão de órgãos, com intuito de diminuir a insuficiência de órgãos para fins terapêuticos (STEINER, 2004).

No que tange a estrutura de um serviço direcionado ao transplante de fígado, um estudo (SILVA, 2009) realizado em um hospital universitário do sudeste do Brasil, sinaliza que após quatro anos do início das atividades em transplantes, inaugurou uma unidade

especial de transplante de fígado. Tal serviço foi criado diante do aumento da demanda de transplante o que passou a exigir um local adequado para concentrar os pacientes transplantados bem como aqueles candidatos ao transplante que, frequentemente, apresentavam complicações e necessitavam de internações. Ainda, ressalta que, com a criação desta unidade, foi possível oferecer a estes pacientes um atendimento individualizado, com equipe multidisciplinar especializada. No entanto, transcorridos mais quatro anos de sua abertura, a unidade necessita de ampliação, pois a infraestrutura e recursos humanos tornaram-se insuficientes frente à demanda de procedimentos e candidatos existentes.

É pertinente ressaltar que o transplante de fígado em um hospital melhora a assistência, o ensino e gera conhecimento, propiciando importantes avanços acadêmicos para a instituição que o realiza (SILVA, 2009).

2.4 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E A BIOÉTICA SOCIAL

O transplante de órgãos representa um dos mais notáveis avanços da medicina do século XX e com um impacto incontestável na prestação de cuidados de saúde. É considerado o tratamento mais eficaz para patologias crônicas que acometem a funcionalidade de determinados órgãos vitais, propiciando ao doente uma melhoria na sua saúde e/ou qualidade de vida (BARCELOS, 2009).

O Brasil é um país, no qual a escassez de recursos é uma realidade, fato que torna o valor investido na saúde da população muito abaixo do necessário conforme estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (GARRAFA *et al.*, 2009). O autor destaca ainda que, no contexto brasileiro, não existem dados absolutamente seguros sobre os valores totais investidos em saúde, atribuído à complexidade da questão e à disparidade de informações fornecidas por diferentes sistemas de informação e organismos públicos nacionais e internacionais (GARRAFA *et al.*, 2009).

No caso dos transplantes, muitos aguardam por longos períodos em filas à espera de um órgão, o que também reflete as condições desiguais de acesso aos transplantes de órgãos no Brasil. Vale lembrar que os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados, como por exemplo, no caso dos rins, as terapias renais substitutivas que consomem milhões dos cofres públicos (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010).

Em relação à política brasileira de transplantes, Ribeiro e Schramm (2006) ressaltam que aspectos morais são importantes e deveriam ser reconhecidos na formulação da mesma, diante das limitações de recursos existentes no setor saúde. Sendo assim, entende-se, aqui, que ao se considerar as questões sociais, econômicas, culturais, geográficas e tantas outras possíveis que emergem quando o assunto é saúde, a bioética é um caminho promissor para aprimorar as reflexões e ampliar as discussões. Cabe ressaltar que diversos países que trabalham no processo de doação e transplante de órgãos, com larga experiência, incorporam a abordagem social e a perspectiva ética para consolidarem suas políticas (ROZA *et al.*, 2010).

Ainda em 2003, Garrafa (2003) argumentava que era imprescindível, no Brasil, que a discussão bioética passasse a ser incorporada ao próprio funcionamento do SUS no que diz respeito à responsabilidade social do Estado através da definição de prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos visto que existe a dificuldade histórica do país de proporcionar uma saúde universalizada e de qualidade àquelas populações mais necessitadas.

Na perspectiva da desigualdade de acesso a serviços de alta complexidade, como os transplantes, não é raro encontrar estudos (COELHO; RAMOS, 2010; PESTANA *et al.*, 2012) publicados que afirmam que apesar do expressivo aumento do número de transplantes nos últimos anos, persiste o problema da má distribuição dos centros transplantadores no país, o que caracteriza uma condição de disparidade de acesso ao tratamento. Coelho e Ramos (2010) ressaltam que ocorrerá um crescimento contínuo da terapêutica dos transplantes nesta década, o que implicará em medidas que promovam melhorias nas estruturas hospitalares e na formação de equipes transplantadoras em todas as regiões do país, o que permitirá um aumento na taxa de doação, e consequentemente de transplantes realizados, que atualmente se encontra desigual no território brasileiro. Neste sentido, o desempenho dos estados que se destacam em números de transplantes realizados está relacionado ao maior incentivo governamental nessas regiões, adequada estruturação dos centros transplantadores bem como da formação e motivação permanente dos profissionais envolvidos (PESTANA *et al.*, 2012).

A bioética possui ferramentas teóricas e metodológicas pertinentes para gerar significativos impactos nas discussões de temas persistentes, como a exclusão social, a discriminação, a vulnerabilidade,

o aborto, e de temas emergentes, como a genômica, os transplantes e as tecnologias reprodutivas (GARRAFA, 2005).

De origem estadunidense, a bioética ficou conhecida mundialmente por estar alicerçada em quatro princípios básicos – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – o que a tornou reconhecida como bioética principialista (GARRAFA, 2005). Ainda segundo Garrafa (2005), nos anos 90, surgiram críticas à pretensa universalidade destes princípios e às suas limitações frente aos macroproblemas coletivos, agudos sociais, especialmente de cunho sanitário e ambiental existentes nos países periféricos do Hemisfério Sul.

Neste sentido, surgia a bioética social na América Latina como uma nova proposta de reflexão, de base filosófica utilitarista e consequencialista, propondo uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade (GARRAFA, 2005). E neste viés, Garrafa (2005) defendia que “é indispensável que se trabalhe na construção de uma visão macro da bioética, ampliada e concretamente comprometida com o social, mais crítica, politizada e interventiva, com o objetivo claro de diminuir as disparidades constatadas (GARRAFA, 2005, p. 127)”. Sendo assim, torna-se necessário ponderar as diferentes tendências de pensamentos, os quais convergem à percepção de diferentes olhares, que se aliam à cultura do local onde foi concebida, ao momento histórico, ao desenvolvimento tecnológico, político, social, considerando desta forma, valores e princípios morais característicos daquele local (VERDI; VIEIRA, 2011).

No que se refere à bioética inserida no contexto do cuidado, Vargas e Ramos (2011) destacam essa articulação no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da junção técnica e ética. Nesta perspectiva, a bioética pode ser entendida como uma ponte que pode interligar o cuidado-técnica com o cuidado-ética agregando competência técnica e responsabilização no cuidado pelo outro. O prestador de cuidados assume dupla função: de perito e conselheiro. Perito, na medida em que domina um quadro de competências que o habilita recomendar e fazer as intervenções necessárias e alternativas possíveis e, conselheiro porque esclarece à pessoa as oportunidades, riscos e dificuldades associadas à cada opção que é feita pelo indivíduo. Perito e ou conselheiro, sempre munidos de um discurso verdadeiro, de um discurso que tem efeitos sobre os sujeitos (VARGAS; RAMOS, 2011).

No transplante hepático, fenômeno aqui estudado, a bioética se insere principalmente quando relacionada aos critérios de distribuição

de órgãos. Para Ho (2008), a opinião de alguns autores de que pessoas que abusaram do consumo de álcool e foram acometidas por doenças que evoluíram para a necessidade de transplante hepático devem receber menor prioridade que os demais, pois são moralmente responsáveis por suas condições médicas, é um equívoco visto que a responsabilidade moral não deve ser utilizada para alocação de recursos na medicina. Nesse ínterim, Sharp (2002) já sinalizava em 2002 que todos os potenciais receptores de órgãos seriam igualmente merecedores assim como todos os cidadãos teriam direito ao acesso a procedimentos tão peculiares que envolvessem recursos nacionais escassos e preciosos, no caso de transplantes, a disponibilização de órgãos.

Um dos princípios muito explorados nos estudos que abordam bioética e doação e transplante de órgãos é a autonomia dos sujeitos. No entanto, a autonomia é tema recorrente, principalmente quando articulado com a doação de órgãos, e reportando-se ao consentimento da família ou doador (GARCIA; CARDENAS, 2011; BARCELOS, 2009).

Enfim, o transplante hepático é visto como um procedimento que envolve vários serviços e profissionais de diversas categorias, com interdependências entre elas. Atualmente, os centros de transplantes encontram-se bem equipados e possuem equipes treinadas para reduzir cada vez mais as longas filas de espera por um transplante. Tendo em vista tamanha complexidade e número de profissionais envolvidos se reforça a importância da articulação destes aspectos à discussão bioética.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo é obter informações sobre o tema proposto e descrever as características do fenômeno estudado. A abordagem escolhida foi o estudo de caso único institucional, que se propôs a explorar um único fenômeno em um único local, o transplante hepático em um HU.

O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que se possui de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos (YIN, 2010). Nos diversos campos de conhecimento onde são encontrados, os estudos de caso surgem do desejo de compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação que preserve as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como nos processos organizacionais (YIN, 2010).

Dentre suas particularidades, o estudo de caso é estratégia preferível quando se colocam questões de pesquisa do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se volta para fenômenos contemporâneos de algum contexto da vida real (YIN, 2010).

Em pesquisas qualitativas com a abordagem de estudo de caso, é primordial que se desenvolva um protocolo de orientação para a realização da coleta de dados e este deve conter os instrumentos de coleta de dados, assim como os procedimentos e as regras gerais a serem seguidas no uso do protocolo e ainda, o cumprimento desses passos confere maior confiabilidade no desenvolvimento da pesquisa (YIN, 2010). O protocolo desenvolvido para esse estudo encontra-se no Apêndice A.

Dessa forma, almeja-se conhecer o fluxo de um serviço especializado em transplantes hepáticos com o emprego do estudo de caso único institucional, como um método conveniente para compreender de forma mais aprofundada suas particularidades e a partir dessa compreensão abordar questões bioéticas. Para tal, será realizada a triangulação de dados, regra em estudo de caso, a partir de análise documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário localizado na cidade de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, região sul do Brasil. A escolha pelo local do estudo incidiu por tratar-se de um hospital público de referência que recentemente estruturou um serviço para atender a demanda de pacientes que necessitam de transplante hepático como tratamento e cura de doenças.

O HU, criado em 1980, é um hospital totalmente público, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, visitantes e turistas. É um hospital geral de grande porte que disponibiliza, atualmente, 208 leitos. É referência estadual em patologias complexas nas diversas especialidades, dentre elas o transplante de fígado (BRASIL, 2014).

O HU realiza consultas em 147 especialidades e serviços de apoio a tratamento e diagnóstico aos pacientes do SUS. O atendimento de emergência 24 horas do HU atinge a média de 400 pacientes por dia (BRASIL, 2014).

Possui como visão “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar” (GELBCKE *et al.*, 2012, p. 3).

São objetivos do HU: ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam; E também, prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária.

Em dezembro de 2011, foi realizado o primeiro transplante hepático no HU. O procedimento ocorreu em um homem de 46 anos que havia sido inserido na lista de espera há dois meses (DIÁRIO CATARINENSE, 2011).

Segundo levantamento sobre a produção da equipe de transplante hepático no HU foi realizado nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 (até o mês de junho), respectivamente, 1, 13, 13 e 6 transplantes hepáticos (SANTA CATARINA, 2014).

A equipe que atua no atendimento ao transplante hepático é composta por profissionais médicos (12), enfermeiros (7), psicólogo (1), assistente social (1), fisioterapeuta (1), nutricionista (1), farmacêutico (1), bioquímico (1) e dentista (1). No entanto, este quantitativo pode ser acrescido de outros profissionais que indiretamente participam, de modo

relevante, da configuração do atendimento ao paciente que necessita de transplante hepático.

Para realização do estudo, como forma de entrada no campo, foi realizado o primeiro contato junto à enfermeira do serviço de transplante hepático que apresentou o serviço e os demais profissionais que o compõe, bem como permitiu a etapa de observação direta e iniciou a indicação dos integrantes para a realização da etapa de entrevistas.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída pelos trabalhadores da equipe de saúde do serviço especializado em transplante hepático no HU. Utilizou-se a técnica metodológica *snowball*, o que permitiu a cada informante indicar o próximo informante da investigação, e assim, sucessivamente. Excluiu-se da amostra os trabalhadores que estavam em período de férias, de licença médica e ainda, aqueles que não possuem uma rotina de horários no serviço, como alguns integrantes da equipe cirúrgica que desenvolvem atividades na instituição conforme demanda de órgãos doados e enxertos realizados.

O número de participantes totalizou 11 profissionais de diferentes áreas que atuam no serviço, sendo eles: 01 assistente social, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 02 médicos e 01 psicólogo. Para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos profissionais, os participantes envolvidos no estudo foram identificados pela letra "P" de participantes, seguido por uma numeração ascendente. Tal ideia se apoiou no fato da equipe contar com representantes únicos de algumas categorias profissionais e identificar suas profissões poderia acarretar exposições desnecessárias.

3.4 COLETA DE DADOS

Para realização da coleta de dados, optou-se pelas técnicas de pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação direta. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Os documentos desempenham um papel explícito em qualquer coleta de dados, quando se trata de estudos de caso. Os documentos devem ser cuidadosamente utilizados, sem tomá-los como registros

literais de eventos que ocorreram, mas sendo utilizados para corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes (YIN, 2010). No presente estudo, as informações documentais foram provenientes de prontuários de 03 pacientes submetidos ao transplante hepático no HU no sentido de identificar o fluxo do atendimento a estes pacientes no serviço e dos fluxos existentes que expressam o atendimento da enfermagem na instituição. O instrumento utilizado para coleta de dados dos prontuários é apresentado no Apêndice B, que se refere ao setor e profissional que realizou o atendimento ao paciente e objetivou confirmar o fluxo percorrido pelo paciente no serviço.

Cabe ressaltar que, para a pesquisa documental em prontuários, foi realizada a prospecção de pacientes em atendimento no ambulatório do HU onde os mesmos foram convidados a participar do estudo e nesta ocasião concederam sua autorização por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Apêndice C.

As entrevistas são uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso (YIN, 2010). Na entrevista semiestruturada são combinadas perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem prender-se a indagação formulada. O roteiro da entrevista deve desdobrar indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas (MINAYO, 2010).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir da técnica metodológica *snowball* que, no Brasil, é conhecida como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda, como “cadeia de informantes” e essa técnica permite que os informantes indiquem outros participantes para o estudo, é um método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra, até que seja atingido o ponto de saturação dos dados, ou seja, quando as entrevistas trazem informações repetidas (ALBUQUERQUE, 2009). Foi escolhida como participante inicial a enfermeira do serviço para que se iniciasse a indicação de outros.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe de transplante hepático do HU sendo 01 assistente social, 04 enfermeiros, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 02 médicos e 01 psicólogo. Esta etapa consistiu em conhecer os sujeitos integrantes da equipe e seus entendimentos sobre o atendimento ao transplante hepático, no qual estão inseridos, utilizando-se de entrevista semiestruturada, norteadas por instrumento próprio,

composto de duas partes, a primeira com dados de identificação dos participantes como profissão, idade, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação no serviço de transplante hepático. A segunda parte do instrumento contemplava 08 questões abertas relacionadas ao fluxo de atendimento, facilidades e dificuldades encontradas no serviço e ainda a representação do transplante hepático para os profissionais. O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no Apêndice D. O tempo de duração das entrevistas foi entre 25 e 55 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas no HU em data e horário escolhidos conforme a disponibilidade e preferência dos entrevistados.

Como auxílio à realização das entrevistas semiestruturadas, utilizou-se um aparelho de gravação de áudio com o intuito de resgatar o máximo de dados obtidos por meio da fala dos participantes, onde, essas foram transcritas na íntegra para posterior análise.

Para garantir a fidedignidade das informações fornecidas pelos participantes deste estudo, explicou-se o objetivo do estudo e foi solicitada a cada entrevistado a autorização para gravação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), indicado no Apêndice E, para cada participante, sendo-lhe garantido o sigilo absoluto sobre as informações prestadas, bem como a identificação de cada participante.

A observação direta consistiu em observar o fluxo do atendimento e rotinas do serviço, sendo realizada por meio do acompanhamento do funcionamento do serviço em turnos integrais. Foram cinco períodos de seis horas onde foi possível acompanhar consultas, procedimentos, orientações junto aos pacientes no ambulatório de transplante hepático e unidade de internação cirúrgica e também, uma reunião com toda a equipe que compõe o serviço. Para registro dos dados, utilizou-se um instrumento que continha espaços para considerações pertinentes ao estudo. Sendo assim, elaborou-se um diário de campo com destaque ao dia, horário, setor e aspectos observados. O roteiro da observação direta encontra-se no Apêndice F.

As evidências observacionais são fontes de informações adicionais sobre o objeto que está sendo estudado. Em uma unidade organizacional, as observações trarão uma nova dimensão no momento de compreender tanto o contexto quanto o fenômeno que está sob estudo (YIN, 2010).

Convém ressaltar que os profissionais que permitiram o acompanhamento para observação direta autorizaram os registros

provenientes da observação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado no Apêndice G.

3.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (2010), o foco da análise e interpretação de dados dentro de uma perspectiva qualitativa é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado.

A análise de dados foi realizada através análise de conteúdo temática, a partir da qual, é possível caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, podendo ir além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010).

Esse método de análise permite a articulação com uma das estratégias analíticas do estudo de caso, que tem como objetivo analisar os dados do estudo construindo uma explanação sobre o caso (YIN, 2010).

Minayo (2010) apresenta o que Bardin discute acerca da análise de conteúdo. Ou seja, Bardin sinaliza que a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas onde há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, onde se destacam: análise de avaliação ou análise representacional; análise de expressão; análise de enunciação; análise temática. Para Minayo (2010) a análise da enunciação e a análise temática são as formas mais adequadas à investigação qualitativa sobre saúde.

Neste estudo realizou-se a análise temática. Nesta, o conceito central é o tema, que pode ser apresentado graficamente através de uma palavra, uma frase, um resumo. Para tal, o estudo seguiu a trajetória de análise sugerida por Minayo (2010) com as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/interpretação.

1ª etapa - Pré-análise: iniciou-se com a transcrição na íntegra das informações gravadas nas entrevistas semiestruturadas. Após as transcrições realizadas em documento Word foi iniciada uma leitura compreensiva do material existente e selecionado manualmente as falas mais particulares no sentido de enriquecer a discussão com base nos objetivos do estudo. Tais trechos das falas foram copiados aos resultados dos manuscritos 1 e 2. Nesse momento, o autor se deixa impregnar pelo conteúdo do material onde busca através da leitura ter uma visão do conjunto, compreender as particularidades do conjunto do material e determina conceitos teóricos que orientarão a análise

(MINAYO, 2010). Os dados registrados a partir dos prontuários dos três pacientes e a observação direta realizada nos cinco encontros permearam a seleção dos trechos das falas contidas nas entrevistas no sentido de confirmar ou confrontar informações trazidas pelos participantes da pesquisa.

2ª etapa - Exploração do material: neste momento iniciou o processo de análise onde os conteúdos das falas foram distribuídos em três categorias temáticas: *Fluxo de atendimento no serviço*; *A dualidade no atendimento de um hospital universitário*; *Políticas em saúde desiguais para iguais*, elaboradas com base na similaridade do sentido das mesmas e a partir de elementos chaves analisados profundamente. Com os elementos chaves agrupados, ocorreu a construção das categorias, que deram origem aos artigos, essas categorias foram construídas a partir das proposições da pesquisa. Nesta etapa, o autor trata da análise propriamente dita onde procura distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto escolhido na primeira etapa e reagrupa as partes por temas encontrados, elaborando uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e sua articulação com os conceitos teóricos que orientam a análise (MINAYO, 2010). Os temas encontrados a partir da análise dos dados foram relacionados ao fluxo de atendimento, disparidades existentes no atendimento aos pacientes do serviço do transplante e demais pacientes atendidos na instituição e ainda, a política pública direcionada aos transplantes.

3ª etapa - Tratamento dos resultados: neste momento, foram exploradas as categorias temáticas articulando o conteúdo das falas, dos registros realizados a partir dos documentos e da observação, com os pressupostos do estudo e a fundamentação teórica. Para a autora essa etapa final, deve conter uma síntese interpretativa realizada através de uma redação que permita dialogar os temas com os objetivos, questões e pressupostos do estudo.

A apresentação dos resultados trouxeram considerações colhidas de documentos e observação direta onde, na etapa de tratamento dos resultados, junto com as informações colhidas das entrevistas semiestruturadas, foi possível realizar a triangulação dos dados selecionados.

No primeiro artigo emergiu 01 categoria: *Fluxo de atendimento no serviço*, que buscou discutir os resultados a fim de atender ao primeiro objetivo deste estudo, descrever o fluxo de atendimento ao paciente inserido no serviço de transplante hepático no HU.

No segundo artigo surgiram 02 categorias: *A dualidade no atendimento de um Hospital Universitário* e *Políticas em Saúde desiguais para iguais*, onde os aspectos abordados buscaram atender ao segundo objetivo do estudo, articular os aspectos relacionados ao serviço de atendimento em transplante hepático e as políticas públicas relacionadas ao transplante hepático com o viés da bioética social.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados em todas as fases de execução do estudo os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Destacando-se o respeito aos princípios básicos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O estudo foi submetido Na Plataforma Brasil e encaminhado à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer de número 454.283 (Anexo A). O sigilo e anonimato dos participantes foram garantidos a partir do TCLE.

No primeiro encontro com os participantes foi apresentada a proposta da pesquisa bem como a leitura do TCLE aos sujeitos. Para garantia do sigilo das informações e anonimato dos participantes, os sujeitos envolvidos no estudo foram identificados com a letra "P" de participantes, seguidos de uma numeração ascendente. Assegurou-se, a todo o momento, o direito à livre participação no estudo, sendo que os dados documentais, de entrevistas e observacionais foram coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas nos TCLE's (Apêndices C, E e G).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem, os resultados deste estudo estão organizados na forma de dois artigos científicos, intitulados **SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO DE CASO** e **SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA**.

A idade dos profissionais que compuseram o estudo variou entre 27 e 48 anos, o tempo declarado de atuação em suas profissões foi de 04 a 25 anos e o tempo de atuação dos profissionais no serviço de transplante hepático do HU variou entre 01 e 03 anos. Os dados evidenciaram que destes, quatro estão atuando desde a criação do serviço, cinco foram inseridos na equipe ainda no primeiro ano de funcionamento do atendimento. Apenas dois dos participantes estão no serviço desde o segundo ano do início das atividades.

Os dados documentais emergiram de prontuários de três pacientes que foram submetidos ao transplante hepático no HU. Destes um realizou o transplante em abril de 2012, outro em novembro de 2012 e o terceiro em setembro de 2013. Na análise dos prontuários buscou-se identificar o fluxo de atendimento a estes pacientes e encontrou-se que os mesmos foram atendidos por todos os profissionais que compõem a equipe no pré, no trans e no pós-transplante. Identificou-se a maior incidência de atendimentos dos profissionais médicos, nutricionistas e enfermeiros. Cabe lembrar que por vezes o paciente pode ter recebido visitas ou orientações de algum profissional que não tenha realizado o registro no prontuário, como por exemplo, esclarecimentos junto ao profissional farmacêutico acerca do processo para recebimento de medicações pela farmácia do estado.

Os aspectos observados obtidos durante os encontros de observação direta foram: consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia e serviço social; procedimentos de enfermagem tais como retirada de pontos de ferida operatória pós transplante, administração de medicamentos para pacientes transplantados e ainda, reunião mensal com a equipe multiprofissional para definição de pacientes aptos a ingressarem em lista para transplante.

Quadro 1 - Transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso

TEMA CENTRAL	TEMAS	CATEGORIAS
TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA: UM ESTUDO DE CASO	Transplante hepático em um hospital universitário: um estudo de caso.	Fluxo de atendimento no serviço;
	Serviço de transplante hepático em um hospital universitário: olhar da bioética social.	A dualidade no atendimento de um Hospital;
		Políticas em Saúde desiguais para iguais;

4.1 MANUSCRITO 1 - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO DE CASO

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO DE CASO¹

Sílvia Ferrazzo²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever o fluxo do serviço especializado no atendimento em transplante hepático de um Hospital Universitário na região sul do Brasil. Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada em um serviço de transplante. A coleta dos dados ocorreu, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 por meio da triangulação dos dados, análise documental, entrevistas semi estruturadas com 11 profissionais e observações diretas. A análise de dados foi realizada pela análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram a atuação de uma equipe multiprofissional de forma coesa, com competência reconhecida por pacientes e demais setores da instituição e carências estruturais no serviço para atendimento de pacientes imunossuprimidos. Constatou-se que há necessidade de estudos que abordem as estruturas dos atendimentos em serviços de transplante de fígado e avaliem o impacto da qualidade dessas na expectativa de vida e na adequada recuperação das pessoas submetidas ao transplante hepático.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2014.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisas em Trabalho, Educação, saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do PRÁXIS. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: maraav@terra.com.br

Descritores: Transplante Hepático. Equipe multiprofissional. Fluxo de atendimento.

ABSTRACT

The purpose of the study was to describe the flow of service specializing in the care of liver transplant in a university hospital in southern Brazil. Qualitative research, case study, performed in a transplant service. Data collection occurred after approval by the Research Ethics Committee, from November 2013 to February 2014 through the triangulation of data, document analysis, structured interviews with 11 professional and semi direct observations interviews. Data analysis was performed by analysis of thematic content. The results revealed the involvement of a multidisciplinary team in a cohesive manner, with competence recognized by patients and other sectors of the institution and structural deficiencies in care service for immunosuppressed patients. It was found that there is a need for studies that address the structures of care in liver transplantation services and evaluate the impact of the quality of the life expectancy and proper recovery of persons undergoing liver transplantation.

Descriptors: Liver Transplantation. Multidisciplinary team. Service flow.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir el flujo de servicio que se especializa en el cuidado de trasplante de hígado en un hospital universitario en el sur de Brasil. La investigación cualitativa, estudio de caso, realizado en un servicio de trasplante. La recolección de datos se produjo después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación, a partir de noviembre 2013 a febrero 2014 a través de la triangulación de datos, análisis de documentos, entrevistas estructuradas con 11 profesionales y semi observaciones entrevistas directas. El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido temático. Los resultados revelaron la participación de un equipo multidisciplinario de manera coherente, con reconocida competencia por los pacientes y otros sectores de la institución y las deficiencias estructurales en el servicio de atención a los pacientes inmunodeprimidos. Se encontró que hay una necesidad de estudios que se ocupan de las estructuras de atención en los servicios de trasplante de hígado y evaluar el impacto de

la calidad de la esperanza de vida y la recuperación adecuada de las personas sometidas a un trasplante de hígado.

Descritores: Trasplante de Hígado. Equipo multidisciplinar. Flujo de servicio.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos está consolidado mundialmente como recurso terapêutico utilizado para cura de doenças e melhoria da qualidade de vida em indivíduos acometidos por patologias crônicas. O transplante de fígado vem sendo utilizado em crescente escala como terapia para doenças hepáticas terminais desde a década de 80, após sua aprovação pelo *National Health Institute* (NHI) dos Estados Unidos da América em 1983. No Brasil, realizam-se transplantes de fígado desde o ano de 1968 (BOIN *et al.*, 2008).

O transplante de fígado pode ser realizado a partir de órgão de doador em morte encefálica ou de doador vivo. Em relação à avaliação do fígado do doador, é considerado bom aquele órgão se o paciente não morreu por acometimento do fígado. As indicações para o transplante hepático incluem a doença hepática crônica avançada e irreversível, a insuficiência hepática fulminante, as doenças hepáticas metabólicas e as malignidades hepáticas, as quais muitas vezes necessitam da remoção completa do fígado (SMELTZER *et al.*, 2009). A hepatopatia alcoólica é comumente encontrada, mas cabe lembrar que, de acordo com a portaria GM/MS Nº 541 de 14 de março de 2002, os pacientes com histórico de alcoolismo somente serão cadastrados na fila para o transplante hepático se estiverem em abstinência alcoólica há pelo menos seis meses (BRASIL, 2002).

A partir do avanço tecnológico e aprimoramento das técnicas cirúrgicas foi possível otimizar o tempo da cirurgia e recuperação dos pacientes submetidos ao transplante hepático. Há vinte anos, a cirurgia durava de dezessete a vinte e quatro horas e atualmente, leva em média cinco horas. E ainda, o tempo de recuperação pós-operatória caiu pela metade, de trinta dias para duas semanas ou dez dias, em alguns casos (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

Os critérios utilizados para distribuição dos órgãos são por ordem: tipagem sanguínea, peso do doador e do receptor e o *Model for End- Stage Liver Disease*/Modelo para Doença Hepática Terminal (MELD), (SENA *et al.*, 2012). O sistema MELD é um índice baseado

na gravidade da doença e corresponde a um valor numérico que varia de 6 a 40, os pacientes mais graves apresentam MELDs mais elevados, e serão priorizados na alocação dos enxertos hepáticos (HSL, 2012).

O MELD foi adotado nos Estados Unidos para alocar os órgãos para transplante de forma mais adequada, ao perceberem a alta mortalidade dos candidatos na lista para transplante hepático. Após um intenso e longo debate, a alocação de fígados no Brasil foi modificada e, desde 16 de julho de 2006 a alocação é baseada nos pacientes e a prioridade foi alterada para um sistema fundamentado no MELD (SALVALAGGIO *et al.*, 2012). E, semelhante ao MELD, as crianças candidatas ao transplante (<18 anos) são listadas respeitando o sistema *Pediatric End-Stage Liver Disease* PELD (HSL, 2012).

Em relação ao contexto da estrutura necessária, enquanto política pública, para o atendimento ao paciente submetido ao transplante e considerando que procedimentos de alta complexidade, como o transplante hepático, são realizados em grandes centros comumente distantes do domicílio dos pacientes atendidos, foi instituído em 1999 através da Portaria/SAS Nº055 a rotina de Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece o custeio de despesas relativas a transporte, alimentação e moradia para usuário do serviço e acompanhante que resida em distâncias superiores a 50 km do local de tratamento (BRASIL, 1999).

O sistema público de saúde brasileiro oferece acesso gratuito e irrestrito a serviços para toda a população que necessita de transplante de órgãos e tecidos (SALVALAGGIO *et al.*, 2012). O país possui um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo com uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e nº 10.211/2001 que trazem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos (DALBEM; CAREGNATO, 2010). Atualmente, conta com 548 estabelecimentos de saúde e 1376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, sendo que o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes, em 25 estados do país (BRASIL, 2013).

No cenário mundial, o Brasil está presente como o segundo país em número de transplantes realizados por ano e destes, mais de 90% ocorrem pelo SUS. Por sua vez, o estado de Santa Catarina ocupa lugar de destaque no panorama nacional tendo sido em 2011 o estado brasileiro que obteve o melhor índice de doadores efetivos de órgãos por milhão de população. Esta situação permitiu que o estado atingisse uma

marca histórica no Brasil sendo considerado o primeiro a ultrapassar os 25 doadores por milhão de população (ABTO, 2012).

Diante da notoriedade da terapêutica do transplante de órgãos e tecidos, alicerçada por políticas públicas consolidadas e o interesse das instituições públicas de saúde em prestar este serviço à população, indaga-se: como está configurado o atendimento especializado em transplante hepático em um hospital Universitário da região sul do Brasil? Para tanto, constitui-se como objetivo deste estudo descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa. A abordagem escolhida foi o estudo de caso único institucional, que se propôs a explorar um único fenômeno em um único local, o transplante hepático em um HU.

O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que se possui de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos (YIN, 2010).

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário localizado na região sul do Brasil. O HU é um hospital totalmente público, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, visitantes e turistas. É referência estadual em patologias complexas nas diversas especialidades, dentre elas o transplante de fígado (BRASIL, 2014).

Para realização da coleta de dados, optou-se pelas técnicas de pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação direta. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Para realização do estudo, como forma de entrada no campo, foi realizado o primeiro contato junto à enfermeira do serviço de transplante hepático que apresentou o serviço e os demais profissionais que o compõe bem como permitiu a etapa de observação direta e iniciou a indicação dos integrantes para realização da etapa de entrevistas. Para garantia do sigilo das informações e o anonimato dos profissionais, os participantes envolvidos no estudo foram identificados pela letra "P" de participantes, seguido por uma numeração ascendente. Este modo de

identificar se apoiou no fato da equipe contar com representantes únicos de algumas categorias profissionais e identificar suas profissões poderia acarretar exposições desnecessárias.

Os documentos desempenham um papel preponderante em qualquer coleta de dados, quando se trata de estudos de caso. Os documentos devem ser cuidadosamente utilizados, sem tomá-los como registros literais de eventos que ocorreram, mas sendo utilizados para corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes (YIN, 2010). No presente estudo, as informações documentais foram provenientes de prontuários de 03 pacientes submetidos ao transplante hepático no HU no sentido de identificar o fluxo do atendimento a estes pacientes no serviço e dos fluxos existentes do atendimento de enfermagem. Cabe ressaltar que, para a pesquisa documental em prontuários, foi realizada a prospecção de pacientes em atendimento no ambulatório do HU onde esses foram convidados a participar do estudo e nesta ocasião concederam sua autorização por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir da técnica metodológica *snowball* que, no Brasil, é conhecida como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda, como “cadeia de informantes” (ALBUQUERQUE, 2009). Esta técnica permite que os informantes indiquem outros participantes para o estudo, é um método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra, até que seja atingido o ponto de saturação dos dados, ou seja, quando as entrevistas trazem informações repetidas. Foi escolhido como participante inicial a enfermeira do serviço para que se iniciasse a indicação de outros.

Esta etapa consistiu em conhecer os sujeitos integrantes da equipe e seus entendimentos sobre o atendimento ao transplante hepático, no qual estão inseridos, utilizando-se de entrevista semiestruturada, norteada por instrumento próprio, composto de duas partes, a primeira com dados de identificação dos participantes como profissão, idade, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação no serviço de transplante hepático. A segunda parte do instrumento contemplava 08 questões abertas relacionadas ao fluxo de atendimento, facilidades e dificuldades encontradas no serviço e ainda a representação do transplante hepático para os profissionais. O tempo de duração das entrevistas foi entre 25 e 55 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas no HU em data e horário escolhidos conforme a

disponibilidade e preferência dos entrevistados e foram gravadas por meio de gravador eletrônico e posteriormente transcritas na íntegra.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe de transplante hepático do HU sendo 01 nutricionista, 02 médicos, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 04 enfermeiros, 01 psicóloga e 01 assistente social. A idade dos profissionais que compuseram o estudo variou entre 27 e 48 anos, o tempo declarado de atuação em suas profissões foi de 04 à 25 anos e o tempo de atuação dos profissionais no serviço de transplante hepático do HU variou entre 01 e 03 anos.

A observação direta consistiu em observar o fluxo do atendimento e rotinas do serviço. Foi realizada por meio do acompanhamento do funcionamento do serviço em turnos integrais. Foram cinco períodos de seis horas onde foi possível acompanhar consultas, procedimentos, orientações junto aos pacientes no ambulatório de transplante hepático e unidade de internação cirúrgica e também, uma reunião com toda a equipe que compõe o serviço. Para registro dos dados, elaborou-se um diário de campo com destaque ao dia, horário, setor e aspectos observados.

A análise de dados foi orientada pela da análise de conteúdo temática, a partir da qual, é possível caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, podendo ir além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010). Este método de análise permite a articulação com uma das estratégias analíticas do estudo de caso, que tem como objetivo analisar os dados do estudo construindo uma explicação sobre o caso (YIN, 2010).

A apresentação dos resultados trouxeram considerações colhidas de documentos e observação direta onde, na etapa de tratamento dos resultados, junto com as informações colhidas das entrevistas semiestruturadas, foi possível realizar a triangulação dos dados selecionados.

Foram respeitados em todas as fases de execução do estudo os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer de número 454.283. O sigilo e anonimato dos participantes foram garantidos, sendo que os dados documentais, de entrevistas e

observacionais foram coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas nos TCLE's.

RESULTADOS

Para melhor elucidar os resultados obtidos através das técnicas metodológicas utilizadas no estudo, optou-se por construir uma categoria temática que aborda o fluxo de atendimento propriamente dito, o que possibilitou a discussão das especificidades existentes no processo de atendimento do serviço especializado em transplante hepático no HU.

FLUXO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO

Nesta categoria detalha-se o fluxograma do atendimento especializado em transplante hepático no HU. A construção do esquema aqui apresentado surgiu com base: na observação direta do funcionamento do serviço; na análise dos prontuários dos pacientes atendidos no serviço, dos quais foram extraídas informações dos registros dos profissionais que prestaram o atendimento ao paciente em diferentes etapas do processo de transplante, desde o primeiro atendimento até o acompanhamento pós-alta hospitalar; nos fluxogramas existentes no serviço que ilustram as ações de enfermagem no pré, no trans e no pós-transplante e, ainda, nas informações dos profissionais, adquirida por meio das entrevistas semiestruturadas.

A fala a seguir evidencia o início do fluxo de atendimento ao paciente potencial candidato ao transplante de fígado:

Os pacientes são referenciados de serviços especializados em todo o estado e chegam via ambulatório (P7).

A porta de entrada ao serviço de transplante hepático do HU é o ambulatório de gastroenterologia que atende aos pacientes referenciados da atenção básica de todos os municípios do estado de Santa Catarina.

Uma vez realizadas consultas médicas e exames que enquadrem o paciente nos parâmetros legais para tornar-se um candidato ao transplante, esse é avaliado por profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe para então ser inserido em lista de espera de um órgão. Na consulta de enfermagem o paciente recebe um manual elaborado no HU contendo informações sobre como é realizado o transplante e as mudanças de estilo de vida necessárias após a realização. O paciente leva para casa este material onde poderá

compartilhar com sua família e trazer as dúvidas existentes para esclarecimentos em consultas posteriores. A definição do candidato ao transplante é realizada em reuniões com todos os integrantes da equipe:

A partir da indicação de transplante pelos cirurgiões inicia-se o processo de avaliações deste paciente pelos demais membros da equipe multiprofissional: enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço Social e banco de sangue (P9).

Nem todos eles passam exatamente pelas mesmas pessoas, nas mesmas ordens, mas todos eles passam por todos os profissionais (P2).

Nós temos reuniões mensais onde a gente discute os pacientes, o que fazer, se lista ou se não lista, então é uma coisa que facilita muita o nosso trabalho (P1).

Os participantes da pesquisa ressaltam a importância da existência do serviço no HU visto que é possível dar continuidade ao atendimento após o diagnóstico da doença instituindo a terapêutica do transplante junto à equipe que realizou, sem a necessidade de encaminhar o paciente a outro serviço:

Ter este procedimento aqui é uma coisa muito boa porque nós vemos os nossos pacientes em condições ruins eles passarem a ter condições boas e eles não precisam modificar o ambiente de tratamento deles, modificar as pessoas que cuidam dele na mesma estrutura que eles tão habituados porque eles chegaram numa etapa em que o atendimento não mais existe no serviço. Mas é uma conquista que uma vez instalada é muito difícil que a gente desista de continuar por maiores que sejam as dificuldades (P4).

No momento que o paciente tem o diagnostico e entra no atendimento acho que ele tem facilidade pra conseguir as coisas, diante de um serviço estruturado como a gente tem aqui (P1).

E acaba que o fluxo no hospital, as coisas acabaram sendo um pouco facilitadas pra gente em termos de conseguir os exames dos pacientes, eu acho que a gente conseguiu criar uma estratégia por onde as coisas estão fluindo mais fácil, desde uma tomografia, ressonância, o laboratório (P3).

Após avaliação da equipe multiprofissional e acordado entre profissionais e paciente que seu nome será inserido em lista de espera para o transplante, a equipe do banco de sangue também realiza o atendimento ao paciente e seus familiares no sentido de orientar quanto à necessidade da doação de sangue por parte de sua rede de apoio, bem como para realização de exames pré-transplante, conforme cita o profissional:

O banco de sangue participa da equipe multidisciplinar, porque como é uma cirurgia de grande porte, normalmente utiliza-se muito hemocomponentes, então assim que tiver o ok que o paciente vai entrar em lista, ele vem pra gente (P6).

A visita domiciliar é prática comum dos profissionais da enfermagem e serviço social com o intuito de conhecer as reais condições sociais e sanitárias, bem como a rede de apoio do paciente, para melhor orientá-lo na adaptação de um novo padrão de cuidados em saúde após a realização do transplante. Neste sentido, os profissionais verbalizam:

Quando a equipe julga necessária é realizado uma visita domiciliar, no intuito de avaliar as condições do domicílio e tentar readequá-la para o pós-transplante (P9).

Os pacientes que são aqui de Florianópolis a equipe multi geralmente faz visitas e faz atendimentos frequentes (P8).

Aspecto facilitador pra nós é quando ele tem uma rede boa, quando ele tem uma família presente que vai ajudar ele, quando ele tem noção da gravidade do caso dele, que ele vai, que ele realmente se compromete com o tratamento (P2.)

Uma vez listado, quando surge o órgão de doador em morte encefálica, o médico responsável pela equipe é avisado pela central de transplantes e comunica a enfermeira do serviço que aciona a equipe cirúrgica e anestésica, banco de sangue, nutrição, serviço social, fisioterapia, farmácia e psicologia. E ainda, realiza a reserva de leito na UTI e unidade de internação cirúrgica. Concomitante a estes contatos, a enfermeira comunica o paciente e o orienta para a rápida vinda ao hospital. Na chegada do paciente, a internação hospitalar é realizada através da emergência ou internação eletiva, conforme horário de

chegada do paciente ao hospital. Um dos médicos da equipe e a enfermeira do serviço recebem e encaminham o paciente no processo de internação e preparação pré-cirúrgica. A psicologia e serviço social atuam no acolhimento à família do futuro transplantado. Este fluxo é ressaltado na fala a seguir:

O enfermeiro da equipe, que se reveza com outros dois ou três enfermeiros (da UTI e Centro Cirúrgico), permanece com o telefone do transplante e quando há oferta de órgão para paciente da lista do HU este é informado pelo cirurgião da equipe. Cabe a este enfermeiro fazer contato para que todos os serviços voltados para o transplante (centro cirúrgico, UTI, banco de sangue, laboratório e unidade de internação para o pré-operatório) se organizem. Comunica também os profissionais da equipe multiprofissional e quando tudo está organizado o concomitante a esta organização, telefona para o paciente informando-o sobre a oferta do órgão e dentre outras orientações, marca um horário para ele chegar ao hospital (P9).

Após a realização da cirurgia o paciente é imediatamente transferido à UTI onde é recebido pela equipe da unidade, que conta com médicos intensivistas, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem capacitados para atuar com pacientes transplantados. Durante as primeiras vinte e quatro horas o paciente transplantado terá um técnico em enfermagem prestando atendimento exclusivo a ele e ainda o acompanhamento direto da fisioterapia visando a extubação precoce e reestabelecimento do padrão ventilatório independente. A nutricionista acompanha o paciente desde o pós-operatório imediato com o intuito de estabelecer o início imediato da terapia nutricional.

Após o transplante hepático o paciente é encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva, onde deverá permanecer por 2 a 3 dias, se não houver complicações. Nas primeiras 24h após a cirurgia, um técnico de enfermagem, que passou por curso de capacitação em 2012, prestará cuidado exclusivo para este paciente, revezando-se com outro a cada 12 horas (P9).

Em um processo de resposta usual à cirurgia para enxerto no novo órgão, o paciente permanece em torno de 48 horas na UTI e logo é transferido para a unidade de internação cirúrgica onde permanece de uma a duas semanas em um quarto estruturado para paciente imunossuprimido. Este quarto conta com antessala com pia e materiais

como aventais e máscaras, duas camas, uma para o paciente e outra para o acompanhante que é orientado a permanecer todo o tempo junto ao paciente. O acompanhante recebe alimentação do serviço de nutrição do hospital e orientações de manejo com o recém-transplantado. Durante a internação, paciente e familiar recebem orientações acerca dos cuidados após alta hospitalar, mas próximo a data da alta, os diversos profissionais, principalmente da enfermagem, nutrição e farmácia repassam informações acerca da alimentação, controle glicêmico, de pressão arterial, peso e uso contínuo de medicações.

Considera-se o acompanhamento pós alta hospitalar tão importante quanto a realização do procedimento do transplante pois trata-se da fase de adaptação ao novo órgão e a um novo estilo de vida, com adequação de padrões de moradia, alimentação e convívio social, rotinas de visitas ao hospital e ainda ao uso de medicações imunossupressoras. Cada profissional instituiu um tempo de reavaliação do paciente, conforme mostra a figura abaixo, construída a partir das informações obtidas nas entrevistas com os profissionais:

Quadro 1 - Periodicidade de consultas com os profissionais da equipe multidisciplinar. Florianópolis/SC.

Equipe multidisciplinar	Profissional	Pré transplante	1º mês				2º mês		3º mês		4º mês	5º mês	6º mês	9º mês	1 ano	2º ano			
			1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª quinzena	2ª quinzena	1ª quinzena	2ª quinzena	Mensal	Mensal	Mensal			1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Médico	x	x	x	X	x	X	x	x	x		x	x			x	x	x	x	
Enfermeiro	x				x			x					x		x				
Nutricionista	x								x				x	x	x				
Farmacêutico	x	x	x	X	x	X	x	x	x										
Fisioterapeuta	x								x				x		x			x	
Psicólogo	x														x				
Assistente social	x																		
A partir do terceiro ano o acompanhamento médico continua sendo trimestral, semestral ou anual. As outras especialidades atendem conforme demanda identificada pelo profissional médico.																			

Quanto às dificuldades relacionadas ao acompanhamento pós transplante, os profissionais ressaltaram as questões estruturais e logísticas relacionadas ao atendimento do paciente transplantado. A falta de espaço físico para separar o paciente transplantado dos demais

pacientes ambulatoriais foi evidenciada nos momentos de observação direta do fluxo de atendimento no serviço e destacada pelo profissional:

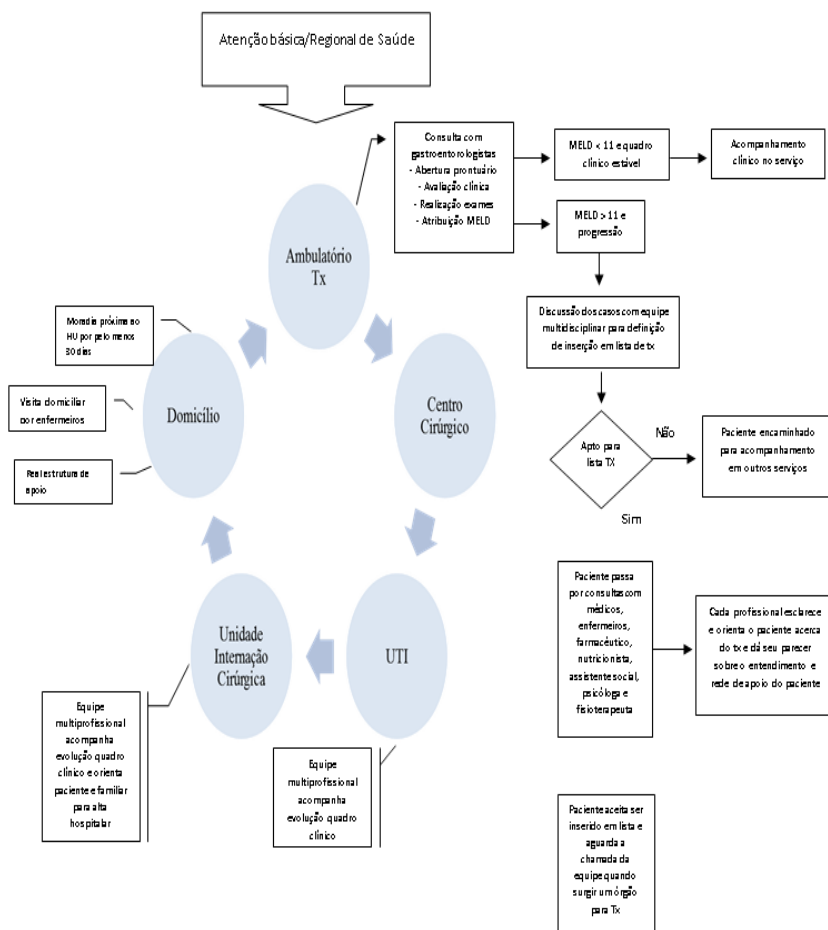
É, não tem como o paciente pós transplante imediato ficar esperando ali, então acho que talvez se a gente pudesse ter mais dias de ambulatório (P3).

A fala a seguir reforça uma evidência constatada na análise documental, onde inexistem registros de atendimento de profissionais que prestam assistência ao paciente e ainda, algumas informações relacionadas ao transplante são armazenadas em arquivos no serviço de transplante hepático, separadas do prontuário do paciente no HU:

As maiores dificuldades são estruturais, de processo, processo de informação, a gente ainda não tem uma tecnologia de informação aqui no HU, é tudo meio que manual, muito papel, a informação não é em tempo real, é tudo no papel e tu tem que ir lá vê o papel, então tu não consegue, tu tem dificuldade pra que as coisas aconteçam certas, no tempo, tudo vai ser no outro dia, amanhã, então a maior dificuldade eu acho que é a tecnologia de informação (P7).

Para propiciar uma melhor visibilidade do caminho percorrido por profissionais e pacientes no serviço de transplante hepático no HU, elaborou-se um fluxograma, que é apresentado na Figura 2:

Figura 2 - Fluxograma do atendimento no serviço de transplante hepático do HU. Florianópolis/SC



Fonte: Ferrazzo e Vargas (2014) – Resultados da Pesquisa

DISCUSSÃO

O fluxo do atendimento do serviço especializado em transplante hepático no HU tem como porta de entrada o ambulatório de gastroenterologia que atende pacientes referenciados da atenção básica seguindo o modelo organizacional de ações e serviços de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS têm como objetivo potencializar o desempenho

do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica buscando manter relações horizontais entre os serviços de atenção à saúde e, nesta estruturação, os usuários do SUS caminham nestas Redes para buscar a Atenção a sua Saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas (BRASIL, 2010).

Um fator positivo sinalizado pelos participantes do estudo e evidenciado na observação direta refere-se ao atendimento realizado pela equipe multiprofissional no sentido de acolher e orientar o paciente candidato ao transplante hepático. Na lógica da importância do envolvimento dos diferentes profissionais neste processo, estudos (SENA *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2012) destacam que a trajetória do paciente, desde entrar na lista de espera por um órgão até realizar o transplante, é permeada de um processo de questionamentos e avaliações clínicas, físicas, comportamentais e culturais. E ainda, a vida dos pacientes após a realização do transplante sofre implicações com impactos de modificações em seu cotidiano e no de seus familiares (ANDRADE *et al.*, 2012).

A consulta pré-transplante tem como objetivo verificar a condição do paciente para suportar a cirurgia, o posterior uso de imunossupressor e os cuidados pós-transplante deve-se ser avaliados por profissionais da odontologia, nutrição, psicologia, serviço social e anestesiolologista antes da inclusão em lista de espera (SANTOS *et al.*, 2012). Santos e colaboradores (2012) ainda destacam que, durante o tempo em que o paciente está em lista de espera, esse deve comparecer às consultas de rotina com o grupo de transplante para avaliar a sua condição, onde é realizado o recálculo do escore MELD, podendo ocorrer mudança na prioridade de transplante em relação a outros pacientes listados.

Ainda na fase de planejamento do transplante junto ao paciente, os profissionais da enfermagem e serviço social realizam visitas domiciliares quando entendem que existe a possibilidade da não adesão às mudanças necessárias no estilo de vida, incluindo a moradia, ou ainda para avaliar se o paciente possui condições financeiras e rede de apoio emocional para aderir ao tratamento pós-transplante. Pareceres negativos por parte destes profissionais quanto à falta de condições sanitárias de moradia do paciente pode acarretar na escolha da equipe por não realizar o transplante e optar por tratamentos paliativos da doença, entendendo que existem contraindicações sociais para a terapêutica (GROSSINI, 2009).

A resolução 292/2004 do Conselho Federal em Enfermagem (COFEN) que diz respeito às leis que regulamentam o transplante de órgãos no Brasil destaca a atuação do profissional enfermeiro na realização da visita domiciliar como forma de planejar o cuidado de enfermagem relacionado ao paciente transplantado (COFEN, 2004).

Quando se trata de paciente candidato ao transplante hepático, Grossini (2009) exalta a importância da visita domiciliar que vai além do olhar prático necessário, mas a visita por parte de um membro da equipe transplantadora representa respeito ao modo de vida das famílias e isso os valoriza e reforça a ideia de cumplicidade entre paciente e equipe em relação à manutenção do tratamento pós transplante.

O acompanhamento pós-transplante hepático é visto pelo serviço do HU como fator determinante do sucesso da terapêutica e torna-se necessário que os pacientes transplantados recebam acompanhamento ambulatorial por um longo período visto que existe a possibilidade de complicações decorrentes do procedimento, como a rejeição do enxerto, bem como a recidiva da doença (ANDRADE *et al.*, 2012).

O quadro 1 mostra a periodicidade de consultas pós transplante hepático instituída pelos profissionais da equipe multiprofissional do serviço do HU. Um estudo (SANTOS *et al.*, 2012) sinaliza que a consulta pós transplante geralmente acontece a cada oito a quinze dias, durante os primeiros 2 meses, após este período, a cada mês durante o primeiro ano e segue a cada 3 meses. Nas avaliações verifica-se a adequada função do enxerto de fígado e previne-se complicações a curto e longo prazo. As consultas são de suma importância para confirmar a adesão ao tratamento, a adequação do paciente ao novo estilo de vida, com mudanças na dieta e realização de exercício físico para prevenir complicações metabólicas e, ainda, incentivar os pacientes no restabelecimento de atividades familiares, sociais e laborais (SANTOS *et al.*, 2012).

Uma das principais questões referidas pelos participantes do estudo e constatado na observação direta, que pode sinalizar uma fragilidade, está relacionada à estrutura física e de recursos humanos presentes no serviço, onde quase a totalidade dos profissionais que compõem a equipe acumulam funções em outros setores do hospital. Quando a equipe foi estruturada não existia uma perspectiva de demanda que justificasse a criação de novos postos de trabalho com profissionais totalmente voltados ao transplante hepático e por este motivo foram reunidos profissionais das mais diversas áreas com ganhos salariais adicionais para atuarem conforme a demanda existente. Os

intitulados "sobreaviso" e "APH - adicional hora plantão" foram incorporados aos salários. Apesar deste benefício, a demanda cresceu e atualmente os profissionais referem existir demanda que justifique profissionais direcionados exclusivamente ao transplante considerando os novos pacientes atendidos e o acompanhamento dos transplantados no serviço.

Estudo realizado em um hospital universitário do sudeste do Brasil, sinaliza que após quatro anos do início das atividades em transplantes, inaugurou uma unidade especial de transplante de fígado. Criado diante do aumento da demanda, que passou a exigir um local adequado para concentrar os pacientes, bem como aqueles candidatos ao transplante que, frequentemente, apresentavam complicações e necessitavam de internações. Ainda, com a criação desta unidade, foi possível oferecer a estes pacientes um atendimento individualizado, com equipe multidisciplinar especializada no entanto, transcorridos mais quatro anos de sua abertura, a unidade necessita de ampliação, pois a infraestrutura e recursos humanos tornaram-se insuficientes frente à demanda de procedimentos e candidatos existentes.

Um forte aspecto no funcionamento do serviço estudado refere-se à equipe de profissionais que atuam, ou seja, mesmo com déficit de recursos humanos, materiais e estruturais, obtém-se êxito no processo de transplante. Em 2002, Ferraz et al. (2002) já destacava que os centros transplantadores credenciados deveriam estar dispostos e preparados para tratar o paciente em todas as fases do transplante, seja no pré, trans e pós operatório, ainda que estes tratamentos nem sempre remunerassem a instituição adequadamente, o compromisso ético da equipe junto ao paciente e seus familiares não permitiriam que complicações e intercorrências fossem manejadas por outras equipes ou instituições. E, em 2003, Lacerda *et al* (2003) afirmavam que era possível obter bons resultados na assistência em transplante hepático em uma estrutura física mínima, desde que munida de uma equipe multiprofissional treinada.

Em relação à estrutura necessária por parte da instituição de saúde, a Portaria GM nº 3407/1998, preconiza que para a realização de transplante de fígado, o estabelecimento deve dispor de: equipe de anestesia com experiência em transplante de fígado e no atendimento de pacientes com insuficiência hepática; enfermeiros com experiência comprovada com transplantes hepáticos; laboratório de análises clínicas com capacidade de realizar provas para diagnóstico diferencial de afecções hepáticas; banco de sangue com capacidade de atender à necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados,

inclusive por sistema de aférese; sistema de infusão de sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto; sistema de monitorização de coagulação sanguínea; sistema de infusão controlada e aquecida de fluidos; sistema de circulação extracorpórea com bombas centrífugas; serviço de radiologia intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas vascular e de vias biliares; sistema de hemodiálise, incluindo hemofiltração; serviço de endoscopia, de ultra-sonografia com medidor direcional de vazão (Doppler colorido) e de tomografia computadorizada (BRASIL, 1998).

No cenário do estudo, existe carência de recursos para realização de alguns exames de imagem específicos e ainda alguns hemocomponentes necessários para realização da cirurgia são advindos do Hemocentro de Santa Catarina visto que o banco de sangue do HU não dispõe de tecnologia necessária para processar todo tipo de hemocomponente, como por exemplo, sangue irradiado filtrado. Em relação à estrutura física, existem limitações quanto ao número de salas de ambulatorios disponíveis e equipadas para atender o paciente do transplante. Não há um espaço reservado para que pessoas imunodeprimidas possam ficar aguardando o atendimento e alguns pacientes transplantados optam por aguardar na Capela ou mesmo na rua para não ficarem expostos à contaminação que possa desencadear alguma infecção. Esse é um dos fatores que mais preocupam os profissionais visto que as pessoas muitas vezes aderiram totalmente às orientações modificando suas casas e seus estilos de vida e para realizarem um exame ou uma consulta correm o risco de contraírem uma moléstia pelo inadequado ambiente do atendimento.

Além das dificuldades decorrentes da crescente demanda da população por órgãos para transplantes, persistem problemas estruturais no sistema público de saúde, que também refletem no programa de transplantes como a falta de equipamentos para realização de exames, profissionais treinados que atestem a morte encefálica e ainda treinamento com grupos para captação e transplante de órgãos nos hospitais coordenadores de transplantes (FERNANDES; GARCIA, 2010; GOMES, 2007; ROZA, 2009).

Neste sentido, Silva (2013) entrevistou responsáveis por equipes de transplante de fígado em quatro estados brasileiros onde foi evidenciado que o transplante hepático é uma grande máquina para "puxar" uma instituição para frente e que suas exigências trazem benefícios a todos. No entanto, dentre os principais problemas, enfrentados pelas equipes, estão a falta de recursos humanos nas áreas

de enfermagem, fisioterapia e afins, muito carentes se comparadas aos países do primeiro mundo, e ainda, a remuneração não compatível com a carga de trabalho enfrentada pelos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, constatou-se que o serviço de atendimento em transplante hepático do HU, mesmo em condições não ideais, conforme ressaltado a todo o momento pelos participantes do estudo e observado no decorrer da pesquisa, atua com êxito na realização das atividades que se propõe.

Desde o primeiro atendimento no ambulatório de gastroenterologia até o acompanhamento do paciente pós transplante, a equipe multiprofissional mostra-se competente para atuar neste contexto de assistência, mesmo com profissionais não atuando exclusivamente na equipe de transplante. Fato que permite inferir que uma equipe multiprofissional pode estar engajada em um projeto e atuar de forma coesa, mesmo não estando direcionada unicamente ao transplante e neste sentido conclui-se que a equipe necessita ser competente, mas não específica a um determinado seguimento de atendimento.

A maior fragilidade do cenário de estudo se refere à estrutura física onde há carência de instalações adequadas para acolher pacientes imunossuprimidos, como os transplantados, condição que é vista como potencial complicador de um atendimento referenciado pelos pacientes e profissionais como de alta qualidade. Mas aqui, cabe salientar que o serviço funciona em uma estrutura de um hospital universitário brasileiro, onde em quase sua totalidade, prestam serviços à comunidade em condições não ideais por estarem inseridos em uma rede de hospitais voltados para o ensino, gerenciados por verbas financeiras advindas do ministério da educação, contemplando um paradoxo de investimento inadequado em educação para ofertar serviços de saúde à população brasileira.

Contudo, há necessidade de estudos que abordem as estruturas dos atendimentos em serviços de transplante de fígado e avaliem o impacto da qualidade dessas na expectativa de vida e na adequada recuperação das pessoas submetidas ao transplante hepático. Logo, existe espaço para realização de pesquisas de médio a longo prazo que justifiquem a abertura de mais serviços de transplante hepático em locais ainda desassistidos da terapêutica, munidos de serviços de saúde

com estruturas físicas e de recursos humanos semelhantes aos hospitais universitários.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE (ABTO). 2012. Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em: 08 set. 2012.

ALBUQUERQUE, E. M.. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2009.

ANDRADE, A. M. et al. Vivências de adultos submetidos ao transplante de medula óssea autólogo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 267-274, 2012.

BOIN, I. F. S. F. et al. Aplicação do escore MELD em pacientes submetidos a transplante de fígado: análise retrospectiva da sobrevida e dos fatores preditivos a curto e longo prazo. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 45, n. 4, out./dez. 2008.

BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**, 2010.

_____. Ministério da Educação. **Relação dos Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. [DOU], Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Federal da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/faq_transplantes.php>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 541 de 14 de março de 2002. Aprova os Critérios para Cadastramento de Candidatos a Receptores de Fígado. [DOU]. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3407 de 05 de agosto de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.** Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SAS/N.º 055 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.** Brasília, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 292/2004. **Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos_tx/cofen.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2013.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-35, 2010.

DIÁRIO CATARINENSE. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://diariocatarinense.clicrbs.com.br/sc/noticia/2011/12/passa-bem-o-primeiro-transplantado-de-figado-em-florianopolis-3582354.html>>. Acesso em 13 ago. 2013.

FERNANDES, P. M. P.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 51-52, 2010.

FERRAZ, A. A. B. et al. Custo do transplante hepático no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 313-318, set/dez. 2002.

GOMES, F. B. C. Critérios legais e equidade no acesso a órgãos para transplantes no Brasil. **Cadernos Aslegis**, Brasília, v.11, n. 32, p. 29-53, 2007.

GROSSINI, M. G. F. Serviço social e transplante hepático pediátrico: o perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contra-indicações sociais para o transplante. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 33-35, 2009.

HOSPITAL SANTA ISABEL (HSI). Blumenau. 2012. Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/pt_br/noticias.php?show=275&show_segimento=1>. Acesso em: 15 ago. 2013.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS (HSL). São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-figado/doencas-hepaticas/Paginas/transplante-hepatico.aspx>>. Acesso em 15 ago.2013.

LACERDA, C. M. et al. Transplante de fígado em hospital universitário do recife: resultados iniciais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p. 29-33, 2003.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. Muito além da cirurgia. **Revista VEJA**. Edição 2107, 2009.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 417-422, 2010.

SALVALAGGIO, P. et al. Sistema MELD e a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado em países em desenvolvimento: lições aprendidas em São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 278-285, 2012.

SANTOS O. et al. Transplante hepático em adultos: estado del arte. **Revista Colombiana de Gastroenterologia**, Santa Fé de Bogotá, v. 27, n. 1, 2012.

SANTA CATARINA. secretaria do Estado de Santa Catarina. SC Transplantes. 2013. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/2012/estabelecimentos_cr

edenciados/estabelecimentos%20autorizados%20para%20realizar%20transplante%20hepatico.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

SENA, A. C. et al. **Manual dos cuidados de enfermagem em pacientes candidatos a transplante hepático**. Florianópolis, 2012.

Disponível em:

<http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_candidatos_transplante_hepatico.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

SILVA, M. R. A. Um retrato do Transplante Hepático no Brasil - Como funcionam as equipes? **Boletim SBH**, 2013. Disponível em:

<<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/Revista-sbh-abril.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

SILVA, O. C. et al. Transplante de fígado em nosso meio. A evolução de um procedimento estratégico institucional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, 2009.

SMELTZER, S. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

4.2 MANUSCRITO 2 - SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL

SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: OLHAR DA BIOÉTICA SOCIAL⁴

Sílvia Ferrazzo⁵

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁶

RESUMO

O estudo se propôs a discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático em um hospital universitário da região sul do Brasil. Pesquisa qualitativa com abordagem de estudo de caso, coleta de dados realizada no período de novembro de 2013 à fevereiro de 2014, pela análise documental em prontuários de pacientes submetidos ao transplante hepático, entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe multiprofissional e observação direta do funcionamento do serviço em turnos integrais. A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática. Constatado que o paciente inserido no serviço de transplante hepático recebe atendimento diferenciado quando comparado aos demais pacientes atendidos na instituição. Logo, a realidade observada no cenário do estudo reflete o contexto de assistência em saúde existente no Brasil, onde os atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e os atrativos repasses financeiros aos

⁴ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2014.

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisas em Trabalho, Educação, saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do PRÁXIS. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: maraav@terra.com.br

procedimentos, disparam a qualidade da assistência, em comparação aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

Descritores: Transplante hepático. Bioética. Políticas públicas de saúde. Estudo de caso. Equipe interdisciplinar de saúde.

ABSTRACT

The study aimed to discuss the intrinsic bioethical aspects of a service specializing in the care of liver transplant at a university hospital in southern Brazil. Qualitative research with case-study approach, data collection conducted from November 2013 to February 2014, the documentary analysis of the records of patients undergoing liver transplantation, semistructured interviews with 11 professionals of the multidisciplinary team and direct observation of the functioning of service in full shifts. Data analysis was guided by thematic content analysis. Found that the patient entered the liver transplant service receives distinguished service when compared to other patients treated at the institution. Thus, the reality observed in the study setting reflects the context of existing health care in Brazil, where consolidated care grounded in the public policy of organ transplants and attractive financial lending procedures, triggers the quality of care compared to care grounded in other references remuneration.

Descriptors: Liver Transplantation. Bioethics. Social bioethics.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo discutir los aspectos bioéticos intrínsecas de un servicio especializado en el cuidado de trasplante de hígado en un hospital universitario en el sur de Brasil. La investigación cualitativa con enfoque de estudio de casos, la recogida de datos llevada a cabo desde noviembre 2013 a febrero 2014, el análisis documental de los expedientes de los pacientes sometidos a trasplante hepático, entrevistas semi-estructuradas con 11 profesionales del equipo multidisciplinario y la observación directa del funcionamiento de servicio en turnos completos. El análisis de datos se basó en el análisis de contenido temático. Encontró que el paciente entró en el servicio de trasplante de hígado recibe servicio distinguido en comparación con otros pacientes atendidos en la institución. Por lo tanto, la realidad observada en el ámbito del estudio refleja el contexto de la atención de salud existente

en Brasil, donde la atención consolidada basada en la política pública de los trasplantes de órganos y procedimientos de préstamos financieros atractivos, dispara la calidad de la atención en comparación con la atención puesta a tierra en otras remuneraciones referencias.

Palabras clave: trasplante de hígado. Bioética. Bioética Sociales.

INTRODUÇÃO

O tema transplantes de órgãos tem características que o diferenciam de qualquer outra questão de saúde, pois agrega à temática da noção de finitude das pessoas, à discussão da relação das pessoas com o corpo, após a morte (ROZA *et al.*, 2010).

A consolidação do sucesso do transplante hepático se dá pela qualidade e expectativa de vida alcançada pelas pessoas submetidas à técnica que, na maioria dos casos, consegue ter uma vida normal. Se o paciente ultrapassar o primeiro ano pós transplante de fígado, a chance de ele viver os próximos vinte, com qualidade de vida, é maior do que em qualquer outro tipo de transplante (LOPES; MAGALHÃES, 2009).

O Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo com uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e nº 10.211/2001 (DALBEM; CAREGNATO, 2010), que traz como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores, a não maleficência em relação aos doadores vivos (LIMA *et al.*, 2007). E ainda, destaca-se como o segundo país do mundo em número de transplantes realizados por ano e destes, mais de 90% ocorrem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ABTO, 2012).

Dentre as instituições públicas que realizam transplantes de órgãos e tecidos estão os hospitais universitários (HU). Os HUs foram concebidos para serem centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde oferecendo à população maior abrangência e melhores padrões de atendimento pelo SUS (BRASIL, 2014).

Deparar-se com a trajetória da ciência acerca da complexidade do procedimento de transplante de órgãos e tecidos e das estatísticas atuais que apontam para o sucesso da técnica na cura de doenças e aumento da qualidade e expectativa de vida das pessoas, remete à possibilidade de uma elaborada discussão bioética, que envolve: políticas públicas, investimentos financeiros e estruturais e equipe

multiprofissional, cujo objetivo é prestar cuidados a pessoas que demandam a terapêutica de transplante de órgãos e tecidos.

A Bioética social, referencial utilizado para permear a discussão deste estudo surgiu a partir da década de 90 com uma revisão crítica da bioética principialista fomentada pela necessidade de se considerar as diferentes realidades culturais e sociais bem como as diversas formas de interpretação moral articuladas aos conflitos éticos (HELLMANN; VERDI, 2012). Logo, a Bioética social se refere à produção teórica no campo da bioética realizada por autores que incluem um teor social em seus discursos considerando temas de relevância à qualidade da vida humana como prioridades de alocação de recursos, justiça social e cidadania, finitude de recursos naturais, discriminação, entre outros (HELLMANN; VERDI, 2012).

No sentido de complexidade técnica e orçamentária dos transplantes, tem sido questionado o "direito social" ou "direito humano" à saúde, no sentido das disparidades existentes de investimento em saúde pelo mundo. Enquanto alguns países investem para a população viver mais e melhor, e desta forma continuar economicamente ativa para manter e aumentar suas riquezas, outros vivem em extrema pobreza, com pessoas adoecendo por problemas de ordem sanitária. Tais desigualdades não ocorrem apenas entre diferentes países, podem ser encontradas em um mesmo país ou até mesmo dentro de uma mesma cobertura de serviço em saúde (GARRAFA *et al.*, 2009).

Neste sentido, o presente estudo se propôs a discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático em um hospital universitário da região sul do Brasil.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem de estudo de caso. O estudo de caso, como estratégia de pesquisa, é utilizado em muitas situações para contribuir com o conhecimento que se possui de fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos (YIN, 2010).

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário localizado na região sul do Brasil. O HU é um hospital totalmente público, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão e atende a comunidade local, visitantes e turistas. É referencia

estadual em patologias complexas nas diversas especialidades, dentre elas o transplante de fígado (BRASIL, 2014).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais da equipe de transplante hepático do HU. Esta etapa consistiu em conhecer os sujeitos integrantes da equipe e seus entendimentos sobre o atendimento ao transplante hepático, no qual estão inseridos, utilizando-se de entrevista semiestruturada, norteadas por instrumento próprio, composto de duas partes, a primeira com dados de identificação dos participantes como profissão, idade, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação no serviço de transplante hepático. A segunda parte do instrumento contemplava 08 questões abertas relacionadas ao fluxo de atendimento, facilidades e dificuldades encontradas no serviço e também a representação do transplante hepático para os profissionais. O tempo de duração das entrevistas foi entre 25 e 55 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas no HU em data e horário escolhidos conforme a disponibilidade e preferência dos entrevistados.

A análise de dados foi orientada pela análise de conteúdo temática, a partir da qual, é possível caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, podendo ir além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010). Este método de análise permite a articulação com uma das estratégias analíticas do estudo de caso, que tem como objetivo analisar os dados do estudo construindo uma explicação sobre o caso (YIN, 2010).

Foram respeitados em todas as fases de execução do estudo os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer de número 454.283. O sigilo e anonimato dos participantes foram garantidos, sendo que os as entrevistas foram realizadas somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.

RESULTADOS

Para melhor ilustrar os resultados obtidos na pesquisa, optou-se por construir duas categorias, intituladas: *A dualidade no atendimento de um Hospital Universitário e Políticas em Saúde desiguais para*

iguais. Os resultados apresentados nestas categorias são oriundos das informações obtidas nas entrevistas realizadas com os profissionais.

A DUALIDADE NO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Esta categoria enfatiza a disparidade existente no atendimento ao paciente no serviço de transplante hepático em relação aos demais atendimentos prestados pelo HU à comunidade. As falas a seguir destacam a agilidade no atendimento de consultas, exames e procedimentos quando relacionado ao serviço de transplante:

É absurdo, o que o paciente do transplante recebe é muito diferente do paciente. Até esse facilitador de exames, outros pacientes se tivessem que fazer tudo pela unidade de saúde ele não conseguiria, mas como ele é um paciente transplantado, ele vai ter prioridade e facilidades, em função do que, da verba, dos recursos humanos que vem pro transplante (P8).

O paciente por onde ele passa pra equipe é mais dificultoso porque eles tem um olhar diferenciado pro paciente do transplante, os próprios profissionais do hospital. É um olhar de maior atenção (P8).

Mas é diferenciado, é algo mais específico e tem pessoas que estão fazendo só aquilo, então por isso que fica mais fácil fazer um atendimento um pouquinho melhor (P6).

Evidenciado que o paciente do transplante recebe visitas médicas mais de uma vez ao dia, enquanto os demais pacientes são avaliados, na maioria das vezes por graduandos do curso de medicina. A psicologia está presente junto ao paciente e família do transplantado ao passo que pacientes amputados, por exemplo, nem sempre são avaliados antes e após a cirurgia de amputação. Compara-se aqui, a intervenção da amputação com a intervenção do transplante, na medida em que a amputação, dentre outros exemplos possíveis, também é uma condição que traz mudanças no estilo de vida da pessoa e repercute junto a sua rede de apoio.

Quando ele for transferido da UTI passa a ter a avaliação só dos clínicos do transplante e dos cirurgiões que passam em dois períodos, pela manhã e a tarde, todos os dias, mesmo sábados e

domingos. Enquanto o paciente estiver internado na unidade, na enfermaria, até receber alta ele é visto duas vezes ao dia (P4).

Aqui na nossa unidade a gente não tem psicólogo e isso acaba também tendo conflito porque os outros vêem que tem psicólogo pra um paciente e pro outro não, como explicar e a porta da psicologia é aqui na entrada da nossa unidade, então eles questionam, porque não tem? (P5).

Eu levo alguns medicamentos pra eles tocarem, verem quais são, do que a gente só pegar a receita e ler a receita sem tá enxergando o medicamento (P7).

As falas a seguir despertam o questionamento acerca do entendimento de direito à saúde da pessoa transplantada e se a prioridade destinada à eles se refere à condição de vulnerabilidade relacionada a imunossupressão.

Esses pacientes do transplante querem ser tratados diferenciados, ele retorna na emergência e quer ser diferenciado. Gera nas equipes dos lugares que eles transitam um mal estar, de não gostarem dos pacientes do transplante (P11).

É um paciente que a gente leva numa redoma e o pessoal reclama bastante no hospital que eles são muito mimado (P2).

As falas a seguir evidenciam a adesão do HU na criação e manutenção do serviço de transplante hepático mesmo em uma estrutura por vezes carente para atender até mesmo o paciente transplantado.

Quantas appendicectomias tem que fazer pra chegar no valor de um transplante, nesse pensamento entendemos a questão do hospital mas a outra parte que não conseguimos manter leitos abertos de clínica médica por falta de pessoal e mantém um serviço de transplante só com APH (P5).

Então quando a gente fala a palavra transplante hepático tudo fica mais fácil realmente. [...] Cada transplante que a gente faz com sucesso o hospital recebe uma grana muito boa (P2).

É, a própria direção coloca isso, porque se a gente diz que não tá tendo condições de fazer o transplante, que falta funcionários, porque manter o transplante, abrir serviço com APH, se falta pra manter uma unidade de internação, e eles mantém um serviço desses [...] é sempre a questão dos recursos que vem pro hospital, que tá mantendo o hospital (P5).

Não começamos achando que tínhamos a condição ideal e acho que esperar a condição ideal dentro de um hospital universitário é nunca fazer um procedimento desses (P4).

Nas entrevistas destaca-se a importância dada à cirurgia de transplante em relação ao período de atendimento posterior. Ou seja, há necessidade de se considerar as recidivas ou internações futuras não correlacionadas diretamente ao transplante.

Não sei se a própria medicina ou a direção não percebe essa questão principalmente da unidade de internação, parece que é pensado só no ato cirúrgico, no transplante efetivamente feito ali e depois esse paciente vai ir pra onde, que condições que ele vai ter, de quarto, de recursos humanos trabalhando, tanto que às vezes os médicos nem sabem que é o mesmo funcionário que cuida, tem trinta pacientes e cinco funcionários, é dividido e não há um funcionário exclusivo pro transplante (P5).

Ele entra em tabela defasada, de internação, de AIH normal, ou talvez se for um pico de rejeição ou alguma coisa tem código, mas do contrário não. Assim como durante a internação alguns medicamentos são pagos, na rejeição ou na intercorrência não são pagos, não entram em tabela (P7).

POLÍTICAS EM SAÚDE DESIGUAIS PARA IGUAIS

Essa categoria se propõe a discutir de forma ampliada a aplicação da política de transplantes em relação as demais políticas públicas em um país onde algumas políticas de qualidade relacionadas à atenção primária, a prevenção de doenças que evoluem para a necessidade de transplantes de órgãos não recebem a atenção necessária.

As falas dos participantes da pesquisa a seguir demonstram o entendimento dos profissionais que atuam com transplantes quando

questionados sobre a solidez das políticas públicas em saúde disponíveis no país:

Pensando em políticas públicas de um jeito mais amplificado, por exemplo, muitos pacientes que fazem transplante seriam preveníveis, então se a atenção básica recebesse um montante de dinheiro maior ou tivesse mais profissionais com certeza muitos pacientes não teriam indicação de transplante (P11).

O suplemento hipercalórico, a modulação de aminoácidos ou até mesmo as proteínas mais simples em pó, nada disso a gente tem subsídio do governo pra dar ao paciente, então o paciente recebe o remédio, mas a comida ele não recebe (P1).

Há uma importância do transplante enquanto valorização financeira por parte das instituições de saúde da alta complexidade. Os participantes sinalizam que:

É uma discrepância importantíssima! Vários equipamentos foram conseguidos pelo hospital, padronização de muita medicação e outras coisas que estão por vir que a gente já solicitou, tudo é mais fácil quando a gente fala a palavra transplante hepático no hospital, exame externo, cirurgia, prótese dentária, outras cirurgias prévias, a gente já teve paciente que precisava fazer uma cirurgia pra retirada de um cisto no crânio e conseguimos em duas semanas (P2).

Em relação ao transplante hepático especificamente que é o que eu conheço há uma tabela diferenciada de remuneração pra todos os procedimentos e também para as internações, isso favorece a instituição a ela ter interesse em fazer o procedimento, não só o interesse de manter isso disponível pra população mas também como um programa de saúde pública que atenda realmente essa necessidade (P4).

A carência de estrutura nos níveis de atenção à saúde emergem na falas a seguir. Isto é, elas destacam a existência de recursos prioritariamente destinada ao trans operatório sendo que a ideia enquanto política pública de atenção primária é cuidar da população com foco na prevenção de comorbidades que a levem até a alta complexidade:

A política de transplante faz uma injeção muito grande de dinheiro, assim como na política do HIV, na própria ESF. A maior aplicação de recursos é no processo do trans operatório, na internação hospitalar, o que dificulta depois porque muitas vezes você transplanta e não espera as complicações e aí não tem dinheiro, não tem serviços, não tem acesso a serviços de saúde no pós-operatório (P7).

Deparar-se com uma resolução que trata da exigência da abstinência alcoólica por no mínimo seis meses para ter os critérios necessários para inserção em lista de espera por um fígado, desperta questionamentos sobre aspectos excludentes da política de transplante, o que a torna paradoxal quando ela coloca portadores de hepatite fulminante no topo da lista independente da história prévia da pessoa. Conforme mostram as falas a seguir:

O transplante traz questionamentos, será que é justo quem tá recebendo? Porque muitos beberam a vida inteira e claro, não temos que entrar num juízo de valor, se é certo ou errado, mas a gente pega esse tipo de paciente ao mesmo tempo que vai pegar aquele que internou, que teve uma vida super saudável, que tem outras doenças e que também não consegue ter acesso a um serviço de saúde. Então são os paradoxos (P11).

A aderência ao tratamento, principalmente o paciente que é etilista que precisa suspender o tratamento durante seis meses, mas eventualmente ele pode chegar numa condição pra nós tão grave que a gente obrigatoriamente tem que transplantar mesmo ele não suspendendo esse hábito (P2).

Por fim, as falas a seguir sinalizam que a rede de atenção à saúde obrigatoriamente se comunica para alinhar o tratamento ofertado ao paciente:

Após o transplante, se o paciente é de longe, o serviço social vê uma casa para eles ficarem próximo para os retornos nas semanas e para intercorrências (P5).

O município terá que auxiliar essa família na permanência aqui, porque é a garantia do direito dele à saúde. Todos os municípios que fiz contato acabaram pagando o aluguel integral, porque tem uma diária da tabela do SUS que é um valor irrisório (P8).

O transplante tem nos dado abertura com os municípios de uma parceria bem legal. Pra outras situações também (P8).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam uma distinção existente no atendimento ao paciente destinado ao transplante hepático, que evidencia-se do atendimento diferenciado no ambulatório de gastroenterologia à agilidade para realização de exames e da cirurgia propriamente dita quando existe a disponibilidade de órgão para transplante. Há disparidades, as quais aparecem nos corredores lotados do hospital com pessoas a espera de um atendimento especializado - muitas vezes agendados há meses, anos -, na demora ou falta de realização de cirurgias como amputações, retiradas de tumores ou ainda, na falta de recursos para realização de exames que permitam otimizar o tempo de tratamento de doenças agudas ou crônicas. Nesta direção de precariedade encontrada nos hospitais universitários, Coelho (2013) afirma que os HU's federais são órfãos, já que fazem parte de uma rede de hospitais do MEC enquanto que o dinheiro da saúde está com o ministério da saúde.

Já em 2002, Ferraz e colaboradores (2002) sinalizavam que o transplante hepático se tratava de um procedimento caro em um país onde existiam carências de recursos e mau uso da verba destinada a saúde da população. E afirmavam que neste cenário, procedimentos com alto custo e com pouca abrangência populacional, como os transplantes, eram constantemente questionados. Em 2004, Steiner (2004) afirmava que o transplante de órgãos era uma terapêutica de massa, sendo parte da rotina cirúrgica das sociedades industrializadas contemporâneas e não mais como uma prática extrema e ainda, na cadeia de doação, transplantar seria ao mesmo tempo exaltado como proeza técnica e silenciado por expor as interações entre profissionais e doentes.

No ponto de vista da acessibilidade aos recursos em saúde, a bioética social permite enxergar o direito a saúde com lentes que considerem as variáveis sociais que permeiam o dia a dia de uma população no sentido de atribuir igual importância às necessidades sanitárias e de tratamento à saúde para todos, ou seja, a dignidade humana preservada em todas as etapas e situações de vida. Neste sentido, segundo a Bioética Cotidiana, considerada uma das constituintes da Bioética Social que se detém a analisar os profundos conflitos e dilemas cotidianos, viver de modo digno significa viver e

conviver em saúde. Assim, as regras morais interferem na experiência humana e desta forma, é entendido que o fenômeno saúde/doença é culturalmente construído e determinado socialmente (LIMA, 2012).

Ainda com foco na abrangência de assistência em saúde, "são cada dia mais frequentes e delicados os conflitos bioéticos gerados entre a evolução moral do mundo contemporâneo, o progresso científico e tecnológico no campo biomédico e o acesso das pessoas aos benefícios decorrentes desse progresso" (GARRAFA, 2012, p. 36). Garrafa (2012) traz em seu discurso as distorções relacionadas à inacessibilidade da população mais pobre não apenas aos benefícios do desenvolvimento técnico-científico, mas principalmente aos bens mais básicos de consumo sanitário, os indispensáveis para uma vida digna.

As informações obtidas pelos participantes da pesquisa permitem inferir que a instituição destina o quantitativo de profissionais adequados para o atendimento ao paciente do transplante hepático; o que não acontece em relação às demais demandas de atendimento existentes no HU. Cabe ressaltar que neste serviço, apenas um profissional - o enfermeiro - atua exclusivamente no serviço, os demais acumulam funções em outros setores como unidade de terapia intensiva, banco de sangue, bloco cirúrgico, clínica médica, entre outros.

Um aspecto que chamou a atenção foi o relato de um profissional que entende que os demais da equipe atuam somente com o transplante hepático, o que caracteriza certo descompasso em um serviço visto por muitos - profissionais e pacientes - como modelo de atendimento. Convém aqui enaltecer a atitude dos profissionais para a criação deste serviço no HU onde, esses enfatizam que estruturaram o serviço de transplante hepático mesmo sem as condições ideais de estrutura física e de recursos humanos, mas a vontade de oferecer este procedimento à população sobrepôs às limitações da instituição.

Logo, aos profissionais que atuam com transplante cabe o compromisso de avaliar o estado de saúde do doente, mensurar os riscos e melhorias possíveis visto que o transplantado está diante de uma decisão que diz respeito a sua identidade pessoal, sua vida e sua morte (STEINER, 2004). E ainda, a existência de um serviço de transplante hepático em um hospital melhora a assistência, o ensino e gera conhecimento, propiciando importantes avanços acadêmicos para a instituição que o realiza (SILVA, 2009).

Quando destacado pelos profissionais o fluxo do atendimento ao paciente do transplante, surge o questionamento sobre do entendimento de direito à saúde da pessoa transplantada e se este parte de uma ideia de

cidadania e de saúde, seja ela para qualquer finalidade, ou se parte de um direito "empoderado" a partir da orientação dos profissionais que prestam o atendimento no sentido de, intencionalmente ou não, criar a ideia naquele paciente de ter a prioridade de atendimento (RAMOS *et al.*, 2014) por sua condição de vulnerabilidade relacionada a imunossupressão.

Um dos pressupostos deste estudo é o de que as instituições de saúde são atraídas pelos valores pagos pelo SUS para a realização do transplante em detrimento aos demais procedimentos estipulados em tabela dita defasada. Mesmo assim, sinaliza-se que o HU em questão criou o serviço de transplante hepático por ser um hospital referência em gastroenterologia.

Neste sentido, Silva (2013) entrevistou responsáveis por equipes de transplante de fígado em quatro estados brasileiros e encontrou que o transplante hepático é uma grande máquina para "puxar" uma instituição para frente e que suas exigências trazem benefícios a todos, sendo que por sua complexidade, ele gera recursos para um hospital por ser um procedimento extra teto, quanto mais se faz, mais o hospital recebe e deste modo, absorve tecnologia e a transfere a outros setores da instituição (SILVA, 2009).

Em contrapartida, Portela e outros (2010) enfatizam que em muitos países em desenvolvimento, apesar dos benefícios amplamente comprovados, o transplante hepático tem tido sua indicação limitada devido ao seu impacto financeiro, por apresentar valores elevados pois, em geral, é realizado em pacientes gravemente enfermos, com doença hepática avançada. Os maiores custos relacionam-se à equipe profissional, às diárias hospitalares e aos medicamentos e dentre estes, à solução de preservação hepática, aos antibióticos de largo espectro e aos imunossupressores.

Quando questionados sobre a solidez das políticas públicas em saúde no Brasil comparadas à consolidada política de transplantes, os participantes foram unânimes na ideia de que existe incentivo financeiro e interesse governamental superior quando relacionado ao transplante de órgãos frente às outras políticas, como por exemplo, as que abrangem a atenção primária.

Em relação à política brasileira de transplantes, os aspectos morais são importantes e deveriam ser reconhecidos na formulação dessa, diante das limitações de recursos existentes no setor saúde. Sendo assim, entende-se, aqui, que ao se considerar as questões sociais, econômicas, culturais, geográficas e tantas outras possíveis que

emergem quando o assunto é saúde, a bioética é um caminho promissor para aprimorar as reflexões e ampliar as discussões (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006). Cabe ressaltar que diversos países que trabalham no processo de doação e transplante de órgãos, com larga experiência, incorporam a abordagem social e a perspectiva ética para consolidarem suas políticas (ROZA, 2010).

Ao discutir alguns aspectos relacionados à doação de órgãos, Roza *et al.* (2010) trazem que tal conduta não foi incorporada à moral comum pelo descrédito que existe em relação ao funcionamento e estrutura do sistema de saúde, na alocação de recursos, na relação de confiança entre profissional de saúde e paciente e ainda, no acesso equânime e justo às possibilidades terapêuticas oferecidas no país. Os paradoxos do início do terceiro milênio apresentam-se quando se evidencia quadros sanitários profundamente preocupantes e, ao mesmo tempo, avançadas pesquisas biomédicas (GARRAFA, 2003). O Brasil apresenta contrastes: medicação de primeiro mundo num sistema de saúde absolutamente desigual (COELHO, 2013).

Com base nos argumentos anteriores, é imprescindível, no Brasil, que a discussão bioética passe a ser incorporada ao próprio funcionamento do SUS no que diz respeito à responsabilidade social do Estado por meio da definição de prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos visto que existe a dificuldade histórica do país de proporcionar uma saúde universalizada e de qualidade àquelas populações mais necessitadas (GARRAFA, 2003). Contudo, a bioética é - ou deveria ser - o fio condutor das formulações de políticas públicas em saúde, das ações e serviços realizados por trabalhadores e gestores em saúde pública e ainda, da formação de profissionais de saúde (LIMA, 2012).

Neste estudo, emergiram questionamentos pelos próprios participantes sobre a importância de ofertar a população uma atenção primária de qualidade para que muitas patologias possam ser prevenidas e/ou tratadas precocemente e não haja a necessidade de terapêuticas de alta complexidade. Vale lembrar que os custos indiretos da não realização de transplantes são elevados, como por exemplo, no caso dos rins, as terapias renais substitutivas que consomem milhões dos cofres públicos (MARINHO *et al.*, 2010).

Outra questão que emergiu nos discursos dos participantes é os esforços da equipe do serviço de transplante hepático para esclarecer o paciente sobre o direito de permanência próximo ao centro de referência no período pós-operatório. Certamente a grande maioria da população

desconhece a Portaria/SAS Nº055 sobre a rotina de Tratamento Fora do Domicílio no SUS, que estabelece o custeio de despesas relativas a transporte, alimentação e moradia para usuário do serviço e acompanhante que resida em distâncias superiores a 50 km do local de tratamento (BRASIL, 1999). A aplicação desta, apesar de tabela defasada, é evidenciada no atendimento ao transplantado, visto que, na atualidade os transplantes são realizados apenas em grandes centros de referência e pacientes de locais distantes muitas vezes não possuem condições financeiras para acessar o serviço. Em um contexto de universalidade e integralidade, o SUS garante o direito à população de permanecer próximo ao local de tratamento para terapia de qualquer natureza na alta complexidade, não apenas para casos de transplantes.

Ainda relacionado ao acesso da população aos centros de referência em transplantes, não é raro encontrar estudos (COELHO; RAMOS, 2010; PESTANA *et al.*, 2012) que afirmam que apesar do expressivo aumento do número de transplantes nos últimos anos, persiste o problema da má distribuição dos centros transplantadores no país, o que caracteriza uma condição de disparidade de acesso ao tratamento. Segundo Coelho & Ramos (2010) ocorrerá um crescimento contínuo da terapêutica dos transplantes nesta década, o que implicará em medidas que promovam melhorias nas estruturas hospitalares e na formação de equipes transplantadoras em todas as regiões do país, o que permitirá um aumento na taxa de doação, e consequentemente de transplantes realizados, que atualmente se encontra desigual no território brasileiro. Neste sentido, o desempenho dos estados que se destacam em números de transplantes realizados está relacionado ao maior incentivo governamental nessas regiões, adequada estruturação dos centros transplantadores bem como da formação e motivação permanente dos profissionais envolvidos (PESTANA *et al.*, 2012).

Por fim, para Pestana e colaboradores (2011), o Brasil vem apresentando um aprimoramento de sua organização social e neste contexto, o programa brasileiro de transplantes é considerado uma referência internacional da saúde pública brasileira por tratar-se de um sistema avançado e organizado, justo e igualitário no seu propósito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que os pacientes inseridos no serviço de transplante hepático do HU recebem atendimento diferenciado quando comparados aos demais usuários da instituição. Convém ressaltar que o

paciente atendido no serviço de transplante hepático no HU não recebe "privilégios", na realidade, ele recebe um atendimento digno, no qual seu quadro clínico e bem estar social importam para todos aqueles que atuam na sua assistência, o que deveria ser o padrão de prestação de serviços à saúde da população brasileira, em todos os seguimentos. Em contrapartida, os demais pacientes atendidos na instituição carecem de melhores condições em estrutura física, realização de exames e recursos humanos em número suficiente.

A realidade observada no cenário do estudo reflete o contexto de assistência em saúde existente no Brasil, onde atendimentos embasados na consolidada política pública dos transplantes de órgãos e repasses financeiros aos procedimentos, disparam em qualidade frente aos atendimentos alicerçados em outras referências de remuneração.

E neste sentido, o investimento despendido em transplantes pode fomentar a discussão acerca do justo e o igualitário direito de desenvolvimento de outros investimentos nas áreas de saneamento e atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE (ABTO). 2012. Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em: 08 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Relação dos Hospitais**

Universitários. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. [DOU], Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências**. Brasília, 1999.

_____. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011.

COELHO, J. C. U.; RAMOS, E. Transplante hepático no Brasil: situação atual. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 143, 2010.

COELHO, S. H. O retrato do transplante hepático no Brasil. Boletim SBH, 2013.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-35, 2010.

FERRAZ, A. A. B. et al. Custo do transplante hepático no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 313-318, set/dez. 2002.

GARRAFA, V. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2003.

_____. **Bioética e Saúde Coletiva**. 1 ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 2009.

HELLMANN, F. et al. **Bioética e Saúde Coletiva**. 1 ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

LIMA, P. C. M. et al. Transplantes de órgãos e tecidos. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 28, p. 280-90, 2007.

LIMA R.C.G.S. **Bioética e Saúde Coletiva**. 1. ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. Muito além da cirurgia. **Revista VEJA**. Edição 2107, 2009.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 2010.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PESTANA, J. O. M. et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 7-15, 2012.

PORTELA, M. P. et al. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 322-326, 2010.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Ethical conflicts and the processo f reflection in undergraduate nursing students in Brasil. **Nurs Ethics**, Sage, on line 4 August 2014. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/08/04/0969733014538890>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1945-1953, 2006.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 417-422, 2010.

SILVA, M. R. A. Um retrato do Transplante Hepático no Brasil - Como funcionam as equipes? **Boletim SBH**, 2013. Disponível em: <<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/Revista-sbh-abril.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

SILVA, O. C. et al. Transplante de fígado em nosso meio. A evolução de um procedimento estratégico institucional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, 2009.

STEINER, P. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 101-128, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil e discutir os aspectos bioéticos intrínsecos deste serviço.

O estudo possibilitou, a partir dos dados coletados, melhor compreender a aplicação de uma das políticas públicas mais solidificadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas que acende a todo o momento questões bioéticas que permeiam desde a decisão pela doação de órgãos até os aspectos legais e financeiros da terapêutica. Neste sentido, optei por me apropriar da bioética social como referencial teórico para nortear a discussão visto que dentre tantos referenciais respeitáveis entendo que a bioética discutida a partir de valores morais e questões sociais remete a um discurso, literalmente, mais social e político, que efetivamente considera as reais necessidades da população e justifica ofertar condições desiguais para promover a igualdade entre as pessoas.

O hospital universitário, cenário do estudo, estruturou recentemente o serviço de transplante hepático. Por ser referência em gastroenterologia, surgiu a necessidade entre os profissionais de oferecer este serviço na instituição ao passo que o HU desenvolve suas atividades em uma perspectiva de hospital universitário brasileiro onde são investidos recursos insuficientes e o serviço de transplantes não beneficia apenas a pessoa que se submete ao procedimento, mas por tratar-se de um repasse financeiro diferenciado pode beneficiar a instituição como um todo. Esta foi uma das premissas citadas pelos participantes da pesquisa que destacaram a estruturação do serviço mesmo em condições longe das ideais, mas que preencheu uma lacuna de assistência que acabou por beneficiar a todos.

O serviço de transplante hepático, construindo a partir dos dados coletados em prontuários e análise dos fluxos elaborados para o atendimento de enfermagem, entrevistas com os profissionais e observação direta, um fluxograma que representa a complexidade do funcionamento do serviço. Conheci alguns pacientes, acompanhei seus atendimentos e pude constatar o quanto essas pessoas respeitam a competência e seriedade dos profissionais que ali atuam. Foi inevitável não deparar-me com as dificuldades enfrentadas pelo serviço principalmente no que diz respeito à estrutura física, onde pareceu ser mais prevalente a preocupação com um local adequado para absorver a

demanda de pacientes imunossuprimidos e surgiram alguns questionamentos por parte dos profissionais do serviço do não investimento da verba recebida para o transplante no aprimoramento das condições do serviço. No entanto, como todos atuam em outras áreas do hospital e conhecem suas carências, esse discurso de reversão financeira apenas para o serviço não se torna uma reivindicação, é antes disto, sinalizado como necessidade de melhoria na logística financeira da instituição.

Outra questão abordada se refere à justiça distributiva de recursos para saúde não apenas no HU, mas no país, onde pessoas morrem à espera de cirurgias ou tratamentos de doenças crônicas com quadros agudizados pela má aplicabilidade de políticas preventivas de agravos à saúde. Nas entrevistas, os profissionais mostraram-se esclarecidos quanto à disparidade existente no incentivo financeiro alavancado pela política de transplantes frente a outras políticas. Todos reconhecem que o paciente do transplante recebe um atendimento de maior qualidade quando comparados aos demais, mas enfatizam as más condições de oferecer a todos este padrão de atendimento, na medida em que o HU sofre com carências financeiras como a maioria dos hospitais brasileiros.

É neste sentido que a temática do transplante gera tantos questionamentos. Vivemos em um país repleto de desigualdades, com um extenso território onde há restrições nas condições de acesso aos recursos para tratamento de doenças. E, aqui, utilizo a palavra doença, pois a saúde não necessita de tratamento, mas de disponibilizar condições de moradia, saneamento, alimentação, trabalho, ensino, com as quais é possível atingir um nível de saúde, física, emocional, moral, atrelado a uma população capaz de buscar o recurso quando existir uma condição de doença. Paradoxalmente, presenciamos o sucesso da avançada terapêutica que salva e melhora a qualidade de tantas vidas, o transplante de órgãos.

Ressalto que a questão aqui não é estabelecer uma posição contrária ao investimento direcionado ao transplante, pois o respeito pela técnica só aprimorou em compreensão acadêmica, após realizar esta pesquisa. Ou seja, conviver com a gratidão dos pacientes e com a dedicação exitosa dos profissionais me possibilitou acreditar ainda mais na relevância de ofertar este recurso às pessoas que dele necessitam. Mas como profissional de saúde e como cidadã, almejo que todos tenham um atendimento com a qualidade que o paciente inserido no serviço de transplante do HU recebe.

E finalmente, entendo que há espaço para pesquisas que articulem a política de transplante de órgãos à bioética social pois essa aproximação entre as temáticas acende questionamentos relacionados ao direito ao bem estar da população brasileira considerando a saúde como uma das dimensões que promovem qualidade de vida.

Para os profissionais que atuam no serviço, acredito que este estudo apresenta e reconhece os esforços despendidos por todos para tornar esse atendimento uma realidade para a população que é referenciada ao serviço de gastroenterologia deste hospital e assim, não necessita deslocar-se para outras cidades ou estados para obter a terapêutica com o êxito esperado na resolução de doenças.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE (ABTO). 2012. Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em: 08 set. 2012.

ALBUQUERQUE, E. M.. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ, 2009.

ANDRADE, A. M. et al. Vivências de adultos submetidos ao transplante de medula óssea autólogo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 267-274, 2012.

ANTOMMARIA, A. H. M. et al. Ethical Controversies in Organ Donation After Circulatory Death. **Pediatrics**, Evanston, v.131, n. 5, p.1021-1026, 2013.

BARCELOS M.R.D. Integridade da pessoa: fundamentação ética para a doação de órgãos e tecidos para a transplantação. Dissertação Universidade de Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1043>>.

BOIN, I. F. S. F. et al. Aplicação do escore MELD em pacientes submetidos a transplante de fígado: análise retrospectiva da sobrevida e dos fatores preditivos a curto e longo prazo. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 45, n. 4, out./dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Relação dos Hospitais Universitários.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. [DOU], Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997
b. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Brasília, 1997b.

_____. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 9.434 de 04 fevereiro de 1997.
Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001.
Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação Federal da Saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/faq_transplantes.php>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. [DOU]. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação sobre Transplantes no Brasil.** Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 541 de 14 de março de 2002. Aprova os Critérios para Cadastramento de Candidatos a Receptores de Fígado. [DOU]. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 905 de 16 de agosto de 2000.
Dispõe sobre a criação de equipes de captação de órgãos em hospitais do SUS. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3407 de 05 de agosto de 1998.
Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes

e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.** Brasília, 1999.

_____. Ministério da Educação. **Relação dos Hospitais Universitários.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13808&Itemid=512>. Acesso em: 10 ago. 2014.

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (CIHCOT). **Informação aos profissionais da saúde.** Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/cihcot/index.php?secao=informacao>>. Acesso em: 14 de ago. 2013.

CAOCCI, G. et al. Ethical issues of unrelated hematopoietic stem cell transplantation in adult thalassemia patients. **Journal of Medical Ethics**, London, n. 8, v. 12, p. 4, 2011.

COELHO, J. C. U.; RAMOS, E. Transplante hepático no Brasil: situação atual. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 143, 2010.

COELHO, S. H. O retrato do transplante hepático no Brasil. **Boletim SBH**, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 292/2004. **Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos_tx/cofen.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2013.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-35, 2010.

DIÁRIO CATARINENSE. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://diariocatarinense.clicrbs.com.br/sc/noticia/2011/12/passa-bem-o-primeiro-transplantado-de-figado-em-florianopolis-3582354.html>>. Acesso em 13 ago. 2013.

FERNANDES, P. M. P.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 51-52, 2010.

FERRAZ, A. A. B. et al. Custo do transplante hepático no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materna e infantil**, Recife, v. 2, n. 3, p. 313-318, set/dez. 2002.

GARCIA, Y. M. G.; CARDENAS, A. M. Bioética, transplante de órgãos y derecho penal em colombia. **Revista Prolegómenos - Derechos y Valores**, n. 28, v. 14, p. 45-59, 2011.

GARRAFA, V. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2003.

_____. **Bioética e Saúde Coletiva**. 1 ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

_____. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n. 5, p. 122-132, 2005.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 2009.

GELBCKE, F. L. et al. **Carta de serviços ao cidadão**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=15>. Acesso em: 13 maio 2013.

GOMES, F. B. C. Critérios legais e equidade no acesso a órgãos para transplantes no Brasil. **Cadernos Aslegis**, Brasília, v.11, n. 32, p. 29-53, 2007.

GROSSINI, M. G. F. Serviço social e transplante hepático pediátrico: o perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contra-indicações sociais para o transplante. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 33-35, 2009.

HELLMANN, F. et al. **Bioética e Saúde Coletiva**. 1 ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

HO, D. When good organs do to bad people. **Bioethics**, v. 22 n. 2 p. 77 – 83, 2008.

HOSPITAL SANTA ISABEL (HSI). Blumenau. 2012. Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/pt_br/noticias.php?show=275&show_segmento=1>. Acesso em: 15 ago. 2013.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS (HSL). São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-figado/doencas-hepaticas/Paginas/transplante-hepatico.aspx>>. Acesso em 15 ago.2013.

ILTIS, A. S. Organ Donation and Global Bioethics. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 35, n. 2, p.213-219, 2010.

KNIBBE, M.; VERKERK, M. Making sense of risk. Donor risk communication in families considering living liverdonation to a child. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v.13, n. 2, p.149 - 156, 2010.

LACERDA, C. M. et al. Transplante de fígado em hospital universitário do recife: resultados iniciais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, Rio de Janeiro, v.30, n. 1, p. 29-33, 2003.

LIMA, P. C. M. et al. Transplantes de órgãos e tecidos. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 28, p. 280-90, 2007.

LIMA R.C.G.S. Bioética e Saúde Coletiva. 1. ed. Florianópolis: DIOESC, 2012.

LOPES, A. D.; MAGALHÃES, N. Muito além da cirurgia. **Revista VEJA**. Edição 2107, 2009.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 2010.

MIES, S. et al. Transplantes Hepáticos. **Einstein**, São Paulo, v. 1, p. 13-20, 2005.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

O'CARROLL, R. E. et al. Increasing organ donation via anticipated regret (INORDAR): protocol for a randomised controlled trial. (Study protocol). **Public Health**, Cambridge, n. 8, v.12, p.169, 2012.

PESTANA, J. O. M. et al. O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 7-15, 2012.

PORTELA, M. P. et al. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 322-326, 2010.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Ethical conflicts and the processo f reflection in undergraduate nursing students in Brasil. **Nurs Ethics**, Sage, on line 4 August 2014. Disponível em:
<<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/08/04/0969733014538890>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1945-1953, 2006.

RHODES, R.; SCHIANO, T. Transplant Tourism in China: A Tale of Two Transplants. **American Journal of Bioethics**, Cambridge, v.10 , n.2, p .3-11, 2010.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 417-422, 2010.

_____. Doação de órgãos e tecidos no Brasil: podemos evoluir? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 43-48, 2009.

SALVALAGGIO, P. et al. Sistema MELD e a mortalidade em lista de espera para transplante de fígado em países em desenvolvimento: lições aprendidas em São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 278-285, 2012.

SANTOS O. et al. Transplante hepático em adultos: estado del arte. **Revista Colombiana de Gastroenterologia**, Santa Fé de Bogotá, v. 27, n. 1, 2012.

SANTA CATARINA. secretaria do Estado de Santa Catarina. SC Transplantes. 2013. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/2012/estabelecimentos_credenciados/estabelecimentos%20autorizados%20para%20realizar%20transplante%20hep%E1tico.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

SENA, A. C. et al. **Manual dos cuidados de enfermagem em pacientes candidatos a transplante hepático**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_candidatos_transplante_hepatico.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

SILVA, M. R. A. Um retrato do Transplante Hepático no Brasil - Como funcionam as equipes? **Boletim SBH**, 2013. Disponível em: <<http://www.sbhepatologia.org.br/pdf/Revista-sbh-abril.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

SILVA, O. C. et al. Transplante de fígado em nosso meio. A evolução de um procedimento estratégico institucional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, 2009.

SILVEIRA, P. V. P. et al. Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 61-75, 2009.

SMELTZER, S. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

STEINER, P. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 101-128, 2004.

STUTCHFIELD, B. M.; WIGMORE, S. J. The ethics of transplantation and legal issues. **Surgey**, Oxford, v.29, n. 7, p. 301 - 305, 2011.

TESTA, G.; ANGELOS, P. The transplant surgeon and transplant tourists: ethical and surgical issues. **American Journal of Bioethics**, Cambridge, v.10, n. 2, p.12-13, 2010.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 876-883, 2011.

VINCENT, A.; LOGAN, L. Consent for organ donation. **British Journal of Anaesthesia**, Altrincham, v. 108, sup, 1, p. 80-87, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZIVCIC, C. S. et al. Development of the Croatian model of organ donation and transplantation. **Croatian Medical Journal**, Zagreb, v.54, n. 1, p. 65, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO ESTUDO DE CASO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br**

Pressupostos do estudo: o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza recursos para os procedimentos de transplantes de órgãos, o que desperta interesse político, econômico e social das instituições de saúde em executar técnicas especializadas com expectativa de alto índice de êxito; as instituições de saúde caracterizadas como hospitais públicos universitários necessitam dispor de um serviço estruturado para captação, doação e transplante de órgãos e tecidos atendendo aos padrões determinados pelo Ministério da Saúde independente da demanda existente; existem questionamentos relacionados à justiça distributiva de recursos frente às políticas voltadas à doação, captação e transplantes de órgãos e outras políticas de saúde pública no país.

Questão de pesquisa: Como está configurado o atendimento especializado em transplante hepático em um hospital Universitário da região sul do Brasil?

Objetivos

- Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.

- Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

COLETA DE DADOS

Documentais: será realizada através dos prontuários de paciente transplantados prospectados durante atendimento no ambulatório do HU. Os prontuários serão analisados após autorização dos pacientes no TCLE sendo que o pesquisador apresentará seu projeto e esclarecerá quanto ao anonimato e ausência de riscos proveniente do estudo ao participante. O objetivo é registrar o fluxo de atendimento do paciente no serviço.

O registro deverá ser realizado conforme formulário que segue:

Prontuário nº _____

Sector atendimento	Profissional que realizou o atendimento

Entrevista semiestruturada: será realizada através da técnica *snowball* onde um participante indica o próximo a ser abordado. A entrevista ocorrerá em data, horário e local escolhido pelo participante do estudo. As entrevistas serão norteadas por formulário próprio, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas iniciarão somente após a leitura do TCLE junto ao participante e sua expressa autorização por escrito em participar da pesquisa.

A entrevista ocorrerá conforme roteiro que segue:

Roteiro individual para entrevista semi-estruturada sobre o atendimento especializado em transplante hepático em um Hospital Universitário de Santa Catarina, região sul do Brasil

Entrevista nº:

Data:

Horário:

Função:

Tempo na função:

Tempo na atuação com transplante hepático:

Sexo:

Idade:

Questões:

1. Como ocorre o atendimento ao paciente que necessita ser submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento?
2. Como ocorre o atendimento ao paciente que foi submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento?
3. Como ocorre o atendimento do paciente que realizou transplante hepático no sentido de acompanhamento pós alta hospitalar? Como a equipe organiza o atendimento?
4. Quais aspectos que você identifica como facilitadores no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático?
5. Quais aspectos que você identifica como entraves/dificuldades no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático?
6. Como você avalia as políticas públicas direcionadas ao transplante de órgãos quando comparadas as demais políticas públicas em saúde no país (relacionadas a recursos financeiros, humanos e população direcionada)?
7. No atendimento ao paciente que necessita transplante hepático, o que você pensa acerca da estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis e recursos humanos?
8. Qual o real “valor” do transplante para você?

Observação direta: a observação direta ou não participante se dará em cinco encontros de turno de seis horas, com data e hora a ser combinada conforme organização do serviço. Nestes momentos, será observado o fluxo do atendimento em transplante hepático, considerando sua porta de entrada e direcionamentos dentro do serviço. O interesse é o fluxo no atendimento, independente das intercorrências que possam aparecer no decorrer do processo de cuidado. A observação direta acontecerá após a concordância do profissional que será acompanhado e seu aval registrado no TCLE.

O registro da observação será realizado no diário de campo conforme formulário que segue:

Registros - Diário de Campo

	Dia	Horário	Unidade/Setor	Aspectos observados
1º				
2º				
3º				
4º				
5º				

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DADOS DOCUMENTAIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br**

Prontuário nº _____

Setor atendimento	Profissional que realizou o atendimento

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Atendimento especializado em transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso** é desenvolvido pela mestranda em enfermagem **Sílvia Ferrazzo** (RG nº: 4052591866 - SSP/RS - CPF nº: 957.988.200-25). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

- ✓ Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.
- ✓ Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

O **procedimento** usado será:

* **Levantamento documental:** deverá envolver prontuários de pacientes submetidos ao transplante hepático no HU no sentido de identificar, através de documentos, o fluxo do atendimento.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o transplante hepático e as políticas públicas existentes. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva da bioética no sentido de reconhecer uma técnica já consolidada, o transplante hepático, em um serviço recentemente estruturado para atender a esta demanda.

Eu.....
, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizarei a análise de meu prontuário no Hospital Universitário no sentido do pesquisador conhecer o fluxo de meu atendimento para

realização do transplante hepático. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 201__.

Em caso de necessidade, contate com: Enfa. **Sílvia Ferrazzo**.

Endereço: Rua Paula Ramos, 1134/208. Coqueiros - Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 96073476. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

APÊNDICE D - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS – SANTA
CATARINA Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-
9043 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

**Roteiro individual para entrevista semi-estruturada sobre o
atendimento especializado em transplante hepático em um Hospital
Universitário de Santa Catarina, região sul do Brasil**

Entrevista n°:

Data:

Horário:

Função:

Tempo na função:

Tempo na atuação com

transplante hepático:

Sexo:

Idade:

Questões:

- 1.** Como ocorre o atendimento ao paciente que necessita ser submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento?
- 2.** Como ocorre o atendimento ao paciente que foi submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento?
- 3.** Como ocorre o atendimento do paciente que realizou transplante hepático no sentido de acompanhamento pós alta hospitalar? Como a equipe organiza o atendimento?
- 4.** Quais aspectos que você identifica como facilitadores no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático?

5. Quais aspectos que você identifica como entraves/dificuldades no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático?
6. Como você avalia as políticas públicas direcionadas ao transplante de órgãos quando comparadas as demais políticas públicas em saúde no país (relacionadas a recursos financeiros, humanos e população direcionada)?
7. No atendimento ao paciente que necessita transplante hepático, o que você pensa acerca da estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis e recursos humanos?
8. Qual o real “valor” do transplante para você?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Atendimento especializado em transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso** é desenvolvido pela mestranda em enfermagem **Sílvia Ferrazzo** (RG nº: 4052591866 - SSP/RS - CPF nº: 957.988.200-25). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

- ✓ Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.
- ✓ Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

O **procedimento** usado será:

* **Entrevista**: deverá envolver profissionais de saúde integrantes da equipe de atendimento ao transplante hepático, os quais serão convidados a participar do estudo e que manifestarem seu aceite por

meio de termos de consentimento livre e esclarecido. Serão abordados da seguinte maneira: - 1. Como ocorre o atendimento ao paciente que necessita ser submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento? - 2. Como ocorre o atendimento ao paciente que foi submetido ao transplante hepático? Como a equipe organiza o atendimento? - 3. Como ocorre o atendimento do paciente que realizou transplante hepático no sentido de acompanhamento pós alta hospitalar? Como a equipe organiza o atendimento? - 4. Quais aspectos que você identifica como facilitadores no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático? - 5. Quais aspectos que você identifica como entraves/dificuldades no atendimento ao paciente que irá submeter-se ou já foi submetido ao transplante hepático? - 6. Como você avalia as políticas públicas direcionadas ao transplante de órgãos quando comparadas as demais políticas públicas em saúde no país (relacionadas a recursos financeiros, humanos e população direcionada? - 7. No atendimento ao paciente que necessita transplante hepático, o que você pensa acerca da estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis e recursos humanos? - 8. Qual o real “valor” do transplante para você?

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos.

Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o transplante hepático e as políticas públicas existentes. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva da bioética no sentido de reconhecer uma técnica já consolidada, o transplante hepático, em um serviço recentemente estruturado para atender a esta demanda.

Eu.....
....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado (a) por cerca de 30 a 60 minutos a respeito da minha experiência como trabalhador (a) em um hospital universitário, como integrante da equipe de atendimento ao transplante hepático. A entrevista será gravada e ocorrerá em um local privativo. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 201_.

Em caso de necessidade, contate com: Enfa. **Sílvia Ferrazzo**.

Endereço: Rua Paula Ramos, 1134/208. Coqueiros - Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 96073476. E-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

Contatos:

Pesquisador responsável: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Tel. 48-91423090, e-mail: marav@terra.com.br

Pesquisadora Principal: Sílvia Ferrazzo Tel. 48-96073476, e-mail: silvia.ferrazzo@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa UFSC: Tel. 48-37219206, e-mail: cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICE F - REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA

A observação direta ou não participante se dará em cinco encontros de turno de seis horas, com data e hora a ser combinada conforme organização do serviço.

Nestes momentos, será observado o fluxo do atendimento em transplante hepático, considerando sua porta de entrada e direcionamentos dentro do serviço.

O interesse é o fluxo no atendimento, independente das intercorrências que possam aparecer no decorrer do processo de cuidado.

Registros - Diário de Campo

	Dia	Horário	Unidade/Setor	Aspectos observados
1º				
2º				
3º				
4º				
5º				

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Atendimento especializado em transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso** é desenvolvido pela mestrandia em enfermagem **Sílvia Ferrazzo** (RG nº: 4052591866 - SSP/RS - CPF nº: 957.988.200-25). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

- ✓ Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil.
- ✓ Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

O **procedimento** usado será:

*** Observação não participante:** deverá envolver profissionais de saúde integrantes da equipe de atendimento ao transplante hepático, os quais serão convidados a aceitar a participação não participante da pesquisadora em suas atividades diárias.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o transplante hepático e as políticas públicas existentes. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva da bioética no sentido de reconhecer uma técnica já consolidada, o transplante hepático, em um serviço recentemente estruturado para atender a esta demanda.

Eu.....
....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei acompanhar minhas atividades diárias, para realizar observação não participante, em data e hora

previamente acordados. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 201__.

Em caso de necessidade, contate com: Enfa. **Sílvia Ferrazzo.**

Endereço: Rua Paula Ramos, 1134/208. Coqueiros - Florianópolis/SC.

Telefone: (48) 96073476. E-mail: **silvia.ferrazzo@gmail.com**

Contatos:

Pesquisador responsável: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Tel. 48-91423090, e-mail: marav@terra.com.br

Pesquisadora Principal: Sílvia Ferrazzo Tel. 48-96073476, e-mail:

silvia.ferrazzo@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa UFSC: Tel. 48-37219206, e-mail:

cep@reitoria.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA. UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23896213.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 454/283

Data da Relatoria: 11/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata o projeto em tela de pesquisa de Mestrado do PPG em Enfermagem da UFSC. O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com abordagem de estudo de caso único institucional que se propõe a estudar um

único fenômeno em um único local, o transplante hepático em um Hospital Universitário. Os objetivos do estudo são descrever o fluxo de um serviço especializado em transplante hepático e discutir os aspectos bioéticos intrínsecos neste serviço. A coleta de dados será realizada através de documentos, entrevistas semi-estruturadas e observação direta. Os sujeitos do estudo serão os profissionais da equipe de transplante hepático. A análise de dados será realizada através da análise de conteúdo. A população do estudo é constituída pelos trabalhadores da equipe de saúde do serviço especializado

em transplante hepático no HU. Utilizar-se-á a técnica metodológica snowball, o que permitirá que cada informante indique o próximo informante da investigação, e assim, sucessivamente. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil, a coleta de dados iniciará em dezembro de 2013, estendendo-se até março de 2014. A coleta de dados será realizada pela autora do estudo em três etapas: documentação,

entrevista e observação direta. Na primeira etapa, a autora do estudo fará o levantamento

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9000

Fax: (48)3721-9099

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer 454/283

documental sobre a estruturação do serviço buscando conhecer sua estruturação e atual funcionamento. Para tal, pretende-se analisar alguns documentos provenientes do planejamento e implantação do serviço e, ainda, prontuários de pacientes submetidos ao transplante hepático no HU no sentido de identificar, através de documentos, o fluxo do atendimento.

A segunda etapa consistirá em conhecer os sujeitos integrantes da equipe e seus entendimentos sobre o atendimento ao transplante hepático, no qual estão inseridos, utilizando-se de entrevista semi estruturada norteada por instrumento próprio, composto por 8 questões abertas. A terceira e última etapa consistirá na observação do fluxo do atendimento. A observação será do tipo direta. Para tal, a autora do estudo acompanhará, em turnos integrais, o funcionamento do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o fluxo de um serviço especializado ao atendimento em transplante hepático em um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil. Discutir os aspectos bioéticos intrínsecos de um serviço especializado no atendimento em transplante hepático.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Percepção de riscos e benefícios pelos pesquisadores:

Riscos:

Há de considerar o risco mínimo de quebra de sigilo, mesmo que não intencional.

Benefícios:

Nesta investigação, a propositiva da autora é adotar uma perspectiva ainda explorada de modo incipiente na área de conhecimento e práticas do transplante de órgãos e tecidos. Ou seja, constitui-se como temática deste estudo a configuração do atendimento especializado ao transplante hepático em um hospital universitário, articulada à perspectiva de análise da bioética.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está adequada e é relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios: folha de rosto, projeto de pesquisa, tle para os prontuários, autorização da instituição, orçamento e cronograma.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88 040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 454.283

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência:

- Constar no TCLE: endereço e contato telefônico/email do CEP (IV.5 - da 466/2012.)

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendência:



- Constar no TCLE: endereço e contato telefônico/email do CEP (IV.5 - da 466/2012.)

FLORIANOPOLIS, 11 de Novembro de 2013

Assinador por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO HU

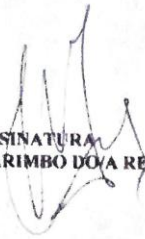
 Hospital Universitário Professor
Polydoro Ernani de São Thiago 

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Atendimento especializado em transplante hepático na perspectiva da bioética: um estudo de caso**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 24 de outubro de 2013.


ASSINATURA
CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL

Prof. Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral - HU/UFSC